

Farmakologian ja lääkehoidon osasto  
Farmasian tiedekunta  
Helsingin yliopisto

# **”PITÄÄKÖ POHTIA MIKSI JOKU KÄYTTÄÄ?”**

UNETTOMUUS JA SEN HOITO –  
APTEEKKIFARMASEUTTIIEN NÄKEMYKSIÄ,  
KOKEMUKSIA JA KÄYTÄNTÖJÄ

**Sirpa Regina**

VÄITÖSKIRJA

Esitetään Helsingin yliopiston farmasian tiedekunnan luvalla julkisesti  
tarkistettavaksi Infokeskus Koronan salissa 235  
Helsingissä 15. kesäkuuta 2017 kello 12

Helsinki 2017

Työn ohjaajat

**Marja Airaksinen**

Farmasian tohtori, professori  
Farmakologian ja lääkehoidon osasto  
Farmasian tiedekunta  
Helsingin yliopisto

**Marika Pohjanoksa-Mäntylä**

Farmasian tohtori, yliopistonlehtori  
Farmakologian ja lääkehoidon osasto  
Farmasian tiedekunta  
Helsingin yliopisto

Esitarkastajat

**Katri Vehviläinen-Julkunen**

Filosofian tohtori, professori  
Hoitotieteen laitos  
Terveystieteiden tiedekunta  
Itä-Suomen yliopisto

**Heidi Taipale**

Farmasian tohtori, dosentti  
Farmasian laitos  
Terveystieteiden tiedekunta  
Itä-Suomen yliopisto

Vastaväittäjä

**Helena Liira**

Dosentti  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Helsingin yliopisto

ISBN 978-951-51-3247-5 (nid.)

ISBN 978-951-51-3248-2 (PDF)

Unigrafia

Helsinki 2017

Tämä väitöskirja on omistettu suomalaisille, apteekeissa työskenteleville  
farmaseuteille, jotka tekevät päivittäin arvokasta työtä suomalaisten  
terveyden edistämiseksi ja sairauksien hoitamiseksi.

-Sirpa Regina-

# Tiivistelmä

Tämän väitöskirjatyön tavoitteena on tuoda esiin Suomessa avohoidon apteekeissa työskentelevien farmaseuttien näkemyksiä, kokemuksia ja käytäntöjä liittyen pääasiassa työikäisiin unettomiin, unettomuuteen ja sen hoitamiseen. Erityisesti päämääränä on tutkia sitä, kokevatko farmaseutit apteekin roolin tärkeänä unettoman yksilön aloittaessa unettomuuden hoitopolkuaan. Unettomuuden itsehoidosta tutkitaan, millaista farmaseuttien unettomuuden lääkkeetön neuvonta on itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä ja kartoitetaanko itsehoitoasiakkaan unettomuuden taustoja. Tavoitteena on myös tutkia, millaista farmaseuttien unilääkkeisiin liittyvä lääkeneuvonta on, ja millaisia lääketoimituskäytäntöjä farmaseuteilla on yksittäisessä asiakaspalvelutapauksessa. Lisäksi tutkitaan, minkälaisia ajatuksia farmaseuteilla on työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä.

Tutkimus toteutettiin laadullisena poikittaistutkimuksena. Tiedonantajina olivat manner-Suomessa, avohoidon apteekeissa työskentelevät farmaseutit (n=188-277). Tutkimuksen aineisto kerättiin viidellä sähköisellä kyselyllä keväällä 2013. Aineiston hankkimisessa hyödynnettiin Suomen Farmasialiiton jäsenyhdistysten sähköpostilistoja. Kyselyihin pääsi vastaamaan sähköpostin välityksellä lähetetyn linkin kautta. Pääpaino kyselyissä oli avoimilla kysymyksillä, joiden avulla tavoiteltiin syvällistä tietoa farmaseuttien tutkimusaiheeseen liittyvistä näkemyksistä, kokemuksista ja käytännöistä.

Aineisto analysoitiin pääosin teemoittelemalla sekä deduktiivisella ja induktiivisella sisällönanalyysillä. Lisäksi analysoinnissa hyödynnettiin SPSS-tilastonkäsittelyohjelmaa.

Tämän tutkimuksen mukaan farmaseutit eivät kokeneet apteekkia unettoman itsehoitettuna ensisijaisena avuntarjoajana. Unettomuuden syyn kartoittaminen ei kuulunut kaikkien farmaseuttien työrutiineihin, eikä syyn selvittämistä unilääkettä käyttävän asiakkaan kohdalla edes pidetty välttämättä farmaseutin tehtävänä. Unettomuuden lääkkeetön neuvonta ei ollut aina itsestään selvää apteekin itsehoitopuolella, ja farmaseuttien välillä oli eroja heidän antamissaan hoito-ohjeissa niin määrällisesti kuin laadullisestikin. Myös unilääkettä ensimmäistä kertaa ostavan asiakkaan unilääkkeen mahdolliseen haittavaikutukseen, riippuvuuteen, liittyvä lääkeneuvonta oli hyvin erilaista eri farmaseuteilla. Unilääkkeitä annosohjetta enemmän käyttäneet asiakkaat olivat keskenään eriarvoisessa asemassa noutaessaan seuraavaa unilääke-eräänsä, koska farmaseuteilla oli keskenään erilaisia tapoja toimia tällaisessa tapauksessa. Farmaseutit arvostelivat lääkäreitä näiden unettomuuden hoitokäytäntöjen vuoksi. Arvostelua aiheutti etenkin poikkeaminen unettomuuden hoitosuosituksista.

Tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan unettomat ovat keskenään hyvin eriarvoisessa asemassa asioidessaan apteekeissa unettomuuteensa vuoksi. Unettoman asiakkaan saama palvelun laatu riippuu häntä palvelevan

farmaseutin osaamisesta ja motivaatiosta tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa. Toisaalta farmaseuttien myönteinen suhtautuminen unettomuuden lääkkeettömään itsehoitoon luo mahdollisuuksia apteekkien palvelutarjonnan laajentamiseen. Unettoman hoitopolku voisi siten alkaa yhä useammin apteekista. Tämä edellyttää kuitenkin farmaseuttien lisäkouluttautumista. Osa farmaseuteista tarvitsee koulutusta myös unettomuuden hoidon perustiedoista ja tietoa lääkäreiden unettomuuden hoitokäytännöistä.

## Abstract

The objective of this doctoral dissertation is to present views, experiences and practices mainly related to the working-age insomniac, insomnia, and the treatment of it, as expressed by pharmacists working in Finnish community pharmacies. The specific aim is to investigate whether pharmacists see the pharmacy as having an important role in the initial stages of treating those who experience insomnia and are seeking to cure it. With regard to the self-treatment of insomnia, the study examines the kind of non-pharmacological advice offered by pharmacists when recommending self-care products and whether or not any underlying causes are being discussed with the customer. A further aim is to investigate what kind of pharmaceutical advice pharmacists provide on hypnotics and the kind of practices they employ in dispensing medicine to individual customers. Pharmacists' views on working-age people who use hypnotics are also explored.

The study was conducted as a qualitative cross-sectional study. The participants were pharmacists working at community pharmacies in mainland Finland ( $n = 188-277$ ). The data was collected from five online surveys carried out in the spring of 2013. The participants were contacted using the mailing lists of the Finnish Pharmacists' Association's member organisations. The surveys could be accessed via a link sent by e-mail. The key questions were open-ended so as to obtain in-depth information on the pharmacists' views, experiences and practices related to the research topic.

The data was analysed mainly by using thematic analysis and both deductive and inductive content analysis. SPSS statistical software was also utilised in the analysis process.

According to the study, pharmacists did not consider the pharmacy to be an obvious first choice for providing help to those with insomnia. Determining the cause of insomnia was not considered by all pharmacists to be part of their remit, nor did they necessarily even think it was their job to find out why the customer used hypnotics. Pharmacists did not always automatically provide non-pharmacological advice on insomnia in connection with self-care products, and the treatment instructions they provided differed in both quantity and quality. Even for customers buying hypnotics for the first time, the advice related to the possible side effect, addiction, varied greatly from one pharmacist to the another. Customers whose use of hypnotics exceeded the recommended dose also received very different levels of support when collecting their next batch of hypnotics, since the pharmacists had different ways of dealing with this kind of situation. Pharmacists criticised medical doctors for their treatment practices regarding insomnia. The issue generating the most criticism was deviation from the clinical guidelines for treating insomnia.

According to this doctoral dissertation, those with insomnia are far from receiving equal treatment when seeking help at a pharmacy. The quality of

service received by customers with sleep problems depends on the pharmacist serving them, on the pharmacist's competence, and on their motivation to collaborate with the customer. On the other hand, the pharmacists' positive attitude towards non-pharmacological self-care for insomnia creates opportunities for expanding the range of services provided by pharmacies. More and more frequently, the care pathway for those experiencing insomnia could thus start at the pharmacy. This does, however, require that pharmacists receive further training. Some pharmacists also need to obtain a basic knowledge of insomnia treatment as well as information on doctors' treatment practices for insomnia.

# Kiitokset

Väitöskirjan tekeminen on itsenäistä työtä, mutta sitä ei kuitenkaan tehdä yksin. Se on monien tekijöiden summa, josta kiitos kuuluu usealle. Tämän väitöskirjan mahdollistivat kaikki ne apteekki- ja farmaseutit, jotka omaa aikaansa uhrauksen kirjoittivat ajatuksistaan, kokemuksistaan ja työkäytännöistään. Sydämelliset kiitokset Teille.

Lämpimät kiitokset ohjaajilleni professori Marja Airaksiselle ja farmasian tohtori Marika Pohjanoksa-Mäntylälle kannustuksesta ja joustavuudesta, mutta erityisesti vapaudesta tehdä tätä väitöskirjatyötä. Kiitokset kuuluvat myös esitarkastajille professori Katri Vehviläinen-Julkuselle ja dosentti Heidi Taipaleelle hyvistä havainnoista ja korjausehdotuksista.

Tämän väitöskirjatyön mahdollistajina ovat olleet myös apteekkari Eila Tervola ja työkaverini Tesoman apteekissa. Iso kiitos työvuorojen vaihtamisesta ja loma-ajankohtien joustamisesta. Erityiskiitos farmaseutti, terveystieteiden maisteri Jaana Moilaselle peilinä toimimisesta ja kokemusten jakamisesta.

Sydämelliset kiitokset kuuluvat myös vanhemmilleni kylmäkkö Leila ja kirvesmies Lauri Reginalle, jotka jo varhain havaitsivat, ettei tyttärestä tule käsityöläistä ja siten ohjasivat tätä kirjojen pariin. Kiitokset kuuluvat myös edesmenneille isoäideilleni ompelija Aune Haukijärvelle ja pienviljelijä Aili Reginalle, jotka omalla esimerkillään olivat luomassa naiskuvaa vahvoista, kykenevistä naisista.

Lisäksi kiitokset aviomiehelleni, filosofian tohtori Timo Kaurilalle, joka auttoi väitöskirjan kuvittamisessa sekä kannusti parina viimeisenä vuonna tajutessaan vaimonsa tekevän ihan oikeasti väitöskirjaa iästään huolimatta. Kiitokset myös tyttärilleni lääketieteen kandidaatti Kamomilla Kaurilalle viiteluettelon siistimisestä sekä tekniikan kandidaatti Elli-Noora Kaurilalle kannustuksesta. Hellät silitykset viidelle lemmikilleni, erityisesti Hilla-kissalleni, joka on uskollisesti ollut mukana tekemässä tätä väitöskirjaa, milloin sylissä olleen, milloin tietokoneen tuuletusaukkoa tukkimassa.

Kiitokset kuuluvat myös suomalaiselle koulutusjärjestelmälle, joka tekee mahdolliseksi sen, että kaikilla suomalaisilla on mahdollisuus kykyjensä mukaan kouluttautua. Hyvä Me!

Tampere 30.4.2017  
Sirpa Regina



# Käsitteitä ja lyhenteitä

## **ATC-luokitus**

Lääkkeiden luokittelu ryhmiin niiden anatomis-terapeuttis-kemiallisten ominaisuuksien mukaan (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014 s. 158)

## **DDD/1 000 as/vrk**

Lääkekulutuksen yksikkö, jossa DDD on lääkkeen määritelty, teoreettinen vuorokausiannos (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014 s. 157).

## **EEG**

Elektroenkefalografia eli aivosähkökäyrä

## **EKG**

Elektrokardiografia eli sydänfilmi

## **Farmaseuttinen hoito**

Farmaseutti ja proviisori ottavat vastuuta potilaan läkehoidosta siten, että tämän elämänlaatu paranee. Farmasisti ehkäisee ja minimoi hoidon haittoja sekä huolehtii omalta osaltaan hoidon toteutumisesta ja hoitotavoitteen saavuttamisesta. Farmaseuttiseen hoitoon kuuluu yhteistyö niin potilaan kuin muun terveydenhuollon kanssa. (Hepler ja Strand 1990)

## **Farmasisti**

Farmaseuttiseen henkilökuntaan kuuluva, farmaseutin tai proviisorin tutkinnon suorittanut, laillistettu farmasian alan ammattilainen

## **Fimea**

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus

## **Hermeneuttinen kehä**

Tulkintaprosessi, jossa tekstin kokonaisuus ymmärretään sen osien kautta ja tekstin osat kokonaisuuden kautta (Kakkuri-Knuuttila 2003 s. 30).

## **IL-6**

Interleukiini-6 on immuunijärjestelmän tulehdusvälittäjäaine, jonka plasmapitoisuus seuraa uni-valverytmiä (Burgos ym. 2006).

## **Iteroitu lääkemääräys**

Resepti, joka voidaan toimittaa määräajoin uudelleen (Fimea 2011).

**Itsehoito**

Henkilön omaehtoista toimintaa, jonka avulla hän pyrkii säilyttämään terveytensä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

**Kortisoli**

Lisämunuaisen kuorikerroksen erittämä hormoni, josta käytetään myös nimeä stressihormoni (Korkeila 2006).

**Kysyntävaikutus**

Yksilön toimiessa tavalla, jolla olettaa toisen yksilön odottavan hänen toimivan (Erwin 2005 s. 172).

**Käsikauppa**

Termi, jota käytetään edelleen apteekin ammattilaisten keskuudessa, kun tarkoitetaan itsehoitoa.

**Lääkitysturvallisuus**

”Lääkkeiden käyttöön liittyvä turvallisuus, joka kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.” (Stakes ja Rohto 2006)

**Omahoito**

Omahoitoon liittyy terveyttä säilyttäviä ja edistäviä toimia, joilla hallitaan sairauden vaikutusta toimintakykyyn, tunteisiin ja sosiaaliseen elämään. Se on hoitoon sitoutumista edistävä toimintatapa, jossa potilas ohjataan ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011)

**PET**

PET eli positroniemissiotomografia on radioisotooppeja hyödyntävä kuvantamismenetelmä (Riemann ym. 2010).

**Rebound-unettomuus**

Rebound-unettomuus liittyy tavallisesti unilääkkeiden lopettamiseen, jolloin lääkkeen käytön lopettamista seuraa aikaisempia unettomuusoireita pahempi unettomuus (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015).

**Reseptuuri**

Apteekista toimitettujen lääkemääräysten lukumäärä vuodessa

**SFL**

Suomen Farmasialiitto on akavalainen ammattijärjestö, johon voivat liittyä niin farmaseutit, proviisorit kuin farmasian opiskelijatkin.

**Sosiaalinen representaatio**

Sosiaaliset representaatiot liittyvät arkitietoomme. Ne antavat merkityksen ja tulkinnan sekä nimen aineelliselle maailmalle ja sosiaalisen elämän tapahtumille. (Helkama ym. 2013 s. 186)

**Tilannekäsikirjoitus**

Tilannekäsikirjoituksella eli skriptillä tarkoitetaan yleistä tietoa siitä, miten tietyssä tilanteessa toimitaan. Se jäsentää oletuksia ja käsityksiä tapahtumien ajallisesta etenemisestä. (Pirttilä-Backman 2010 s. 247, Helkama ym. 2013 s. 118)

**Unilääke**

Unilääke eli hypnootti on aine, joka sopivin annoksin edistää luonnollisen unen tuloa tai pidentää unen kestoja (Koulu ym. 2012 s. 421). Tässä väitöskirjatutkimuksessa unilääkkeellä tarkoitetaan lähinnä unilääkkeinä käytettäviä bentsodiatsepiineja ja Z-lääkkeitä.

**Unitehokkuus**

Nukkumiseen käytetty aika jaettuna vuoteessa vietetyllä ajalla x 100 % (Siebern ym. 2012)

**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

**Z-lääke**

Z-lääkkeisiin kuuluvat unilääkkeinä käytettävät tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni.

# Sisältö

1	Johdanto .....	16
2	Unettomuus ja sen hoito.....	20
2.1	Unettomuuden määritelmä ja luokittelua .....	20
2.1.1	Unettoman mieliala ja kognitiivinen toimintakyky .....	22
2.1.2	Unettomuuden fysiologia.....	23
2.2	Sekundaarinen ja primaarinen unettomuus – altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät.....	24
2.2.1	Stressi-haavoittuvuus- ja 3P-malli .....	30
2.2.2	Toiminnallisen unettomuuden selitysmalli.....	31
2.3	Unettomuuden esiintyminen.....	33
2.4	Unettomuuden diagnosointi.....	36
2.5	Unettomuuden ennaltaehkäisy.....	37
2.6	Unettomuuden hoito.....	38
2.6.1	Lääkkeettömät hoitomenetelmät.....	38
2.6.2	Lääkehoito .....	44
2.6.3	Muita hoitoja .....	57
2.7	Unilääkkeet – erityislääkkeitä apteekin näkökulmasta .....	57
2.7.1	Fimean määräys 5/2011.....	57
2.7.2	Apteekkariliiton tiedotteet .....	59
2.7.3	Apteekkisopimus.....	59
2.7.4	Kelan seuranta .....	60
2.7.5	Valviran valvonta .....	60
3	Lääkeneuvonta apteekkeissa .....	61
3.1	Suomalaisten apteekkien lääkeneuvonnan lyhyt historia.....	61
3.2	Lääkeneuvontaan liittyvä lainsäädäntö - oikeudet ja velvollisuudet .....	62
3.3	Tavoiteltava lääkeneuvonta .....	63
3.3.1	Lääkeneuvontamalli.....	64
3.3.2	Käytännön lääkeneuvonta .....	64
3.3.3	Apteekkien lääkeneuvonnan kehittämishankkeet, Farmasian Päivät ja lääkeneuvontatutkimukset Suomessa.....	66
3.4	Valta ja farmaseutti.....	74
4	Asiakkaiden kohtaamiseen ja lääkeneuvontaan vaikuttavia ei- kielellisiä tekijöitä.....	75
4.1	Tunne eli emotio .....	75
4.1.1	Tunneprosessi ja tunnekokemukset .....	76
4.1.2	Tunteen laukaisija .....	77
4.1.3	Tunteiden luokittelua.....	77
4.1.4	Tunneilmaisut ja niiden vaikutukset .....	79
4.1.5	Tunteiden vaikutukset yksilöön.....	80
4.1.6	Tunteiden säateleminen.....	81
4.2	Arvot ja asenteet.....	83
4.2.1	Arvot yksilötasolla.....	83
4.2.2	Asenteet yksilötasolla .....	84
5	Aikaisempia tutkimustuloksia – farmasistit ja unettomuuden hoito 87	
5.1	Kansainväliset tutkimukset .....	87

5.1.1	Farmasistien havainnot ja suhtautuminen unettomuuden lääkehoitoihin .....	93
5.1.2	Lääkityksen vähentäminen ja lopettaminen .....	94
5.1.3	Unettomuuden itsehoito .....	95
5.1.4	Apteekin uudet unettomuuspalvelut .....	96
5.1.5	Farmasistin roolin laajentamisesta .....	98
5.2	Suomalaisten apteekkifarmaseuttien käsityksiä unettomuuden hoidosta.....	100
6	Tutkimusosa .....	102
6.1	Tutkimuksen tavoitteet.....	102
6.2	Aineistot .....	103
6.2.1	Tiedonantajien hankinta.....	103
6.2.2	Tiedonantajien kuvaus .....	105
6.3	Tutkimusmenetelmä.....	109
6.3.1	Tutkimusaineiston kerääminen.....	110
6.3.2	Sähköisten kyselylomakkeiden sisältö .....	111
6.3.3	Analysoinnin kuvaus.....	113
6.3.4	Sisällönanalyysi laadullisena menetelmänä .....	115
6.3.5	Avoimiin kysymyksiin liittyvien aineistojen analysointien kuvaukset .....	117
7	Tulokset .....	137
7.1	Ensisijainen apu unettomuuteen.....	137
7.1.1	Unettomuuden omatoiminen hoito.....	138
7.1.2	Apua terveydenhuollosta .....	139
7.1.3	Omatoiminen hoito ja/tai terveydenhuolto .....	140
7.2	Itsehoitoasiakkaan lääkkeiden neuvonta .....	141
7.2.1	Unihuolto .....	142
7.2.2	Unettomuuden muu hoito .....	146
7.2.3	Ei muita unettomuuden hoito-ohjeita.....	147
7.2.4	Vastaamattomat.....	147
7.3	Itsehoitoasiakkaan unettomuuden syyn kartoittaminen ja nukkumispäiväkirjan hyödyntäminen .....	148
7.4	Syyt unettomuuteen.....	150
7.5	Farmaseuttien havainnot unilääkkeiden käyttäjistä .....	151
7.6	Unilääkeriippuvuus ja unilääkkeiden väärinkäyttö .....	153
7.7	Unilääkeneuvonta riippuvuuden ja toleranssin näkökulmasta	155
7.7.1	Unilääketoleranssi .....	156
7.7.2	Unilääkeriippuvuus.....	156
7.7.3	Annosohjeen TARVITTAESSA-sana .....	157
7.8	Farmaseutin toiminta annosohjeen ylittyessä .....	159
7.8.1	Ei toimita uutta unilääke-erää.....	159
7.8.2	Toimittaa unilääkkeen .....	161
7.8.3	Lupa lääkäriltä .....	162
7.8.4	Tilanne ja muut tekijät.....	162
7.8.5	Kehotus ottaa yhteyttä lääkäriin.....	163
7.8.6	Apteekkikohtaiset käytännöt ja niiden noudattaminen....	163
7.9	Unilääkkeiden käytön hyväksyttävyys farmaseutin näkökulmasta.....	164

7.9.1	Lyhytaikainen, satunnainen tai säännöllinen unilääkkeiden käyttö	164
7.9.2	Hyväksytyt tilanteet unilääkkeiden käyttämiselle.....	165
7.9.3	Unettomuuden ja unilääkkeiden haitat .....	166
7.9.4	Kriittinen suhtautuminen unilääkkeisiin ja unettomuuden hoitovaihtoehdot.....	167
7.10	Ymmärrys ja tunteet unettomia ja unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan.....	168
7.10.1	Ymmärrys.....	168
7.10.2	Tunteet .....	169
7.11	Farmaseuttien näkemyksiä lääkäreiden toiminnasta .....	172
8	Pohdinta.....	176
8.1	Menetelmän pohdinta.....	176
8.1.1	Tiedonantajien hankinta.....	176
8.1.2	Sähköinen lomakekysely.....	178
8.1.3	Kyselyiden avoimet kysymykset .....	179
8.1.4	Aineiston analysointi .....	180
8.1.5	Analyysin ja tutkimuksen luotettavuus .....	181
8.1.6	Tutkimusprosessin pohdintaa .....	185
8.1.7	Tutkimuksen etiikka .....	186
8.2	Tulosten pohdinta .....	187
8.2.1	Ensisijainen apu unettomuuteen.....	187
8.2.2	Itsehoitoasiakkaan lääkkeiden neuvonta .....	190
8.2.3	Itsehoitoasiakkaan unettomuuden syyn kartoittaminen	194
8.2.4	Nukkumispäiväkirjan hyödyntäminen .....	196
8.2.5	Keskustelu reseptiunilääkkeiden käyttäjien unettomuuden syistä apteekissa .....	197
8.2.6	Farmaseuttien havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä.....	198
8.2.7	Unilääkeriippuvuus ja unilääkkeiden väärinkäyttö .....	204
8.2.8	Unilääkeneuvonta riippuvuuden ja toleranssin näkökulmasta.....	207
8.2.9	Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen.....	210
8.2.10	Unilääkkeiden käytön hyväksyttävyys farmaseutin näkökulmasta.....	216
8.2.11	Ymmärrys ja tunteet unettomia ja unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan	218
8.2.12	Farmaseuttien näkemyksiä lääkäreiden toiminnasta...	223
9	Johtopäätöksiä ja tulosten käytäntöön soveltaminen .....	233
9.1	Ulkopuolisuuden ja pintapuolisuuden ulottuvuuksia – apteekkifarmaseuttien työn kehittämiskohteita .....	233
9.2	Jatkotutkimuksen aiheita .....	237
10	Kirjallisuusluettelo.....	238
11	Liitteet.....	274
	<i>Liite 1</i> Kyselyiden lähettämisaikataulu .....	274
	<i>Liite 2</i> Tyypillinen työikäinen uneton -kyselylomake .....	277
	<i>Liite 3</i> Melatoniini ja valeriana -kyselylomake.....	280
	<i>Liite 4</i> Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät -kyselylomake .....	284
	<i>Liite 5</i> Tsopikloni-kyselylomake .....	286
	<i>Liite 6</i> Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen -kyselylomake .....	289

<i>Liite 7</i> Saatekirjeet .....	293
-----------------------------------	-----

# 1 JOHDANTO

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena on kuvata unettomuutta ja sen hoitoa avohoidon apteekeissa työskentelevien farmaseuttien näkökulmasta. Työn lähtökohtana on ollut tutkimuksen tekijän havainnot niin tuttavien unettomuuskokemuksista kuin unettomuuden yleisyydestä apteekin asiakkailla. Tärkein motivaatio tutkimuksen tekemiseksi on tullut kuitenkin työkavereilta. Tutkimuksen tekijän havainnot siitä, miten he suhtautuvat unettomiin unilääkkeitä käyttäviin asiakkaisiin, on ollut ratkaiseva tekijä tutkimusaiheen valinnassa.

Tässä väitöskirjassa määritellään ensin, mitä unettomuudella tarkoitetaan. Määrittelyssä keskeiselle sijalle nousevat unettomuuden subjektiivisuus ja vaikutukset henkilön seuraavan päivän toimintakykyyn. Unettomuuden erilaisten luokitteluiden esittelyllä on haluttu tuoda esille nykyistä näkemystä siitä, että kyseessä on tautiluokiteltu tila ja että kyseessä on mielenterveyteen liittyvä häiriö.

Koska väitöskirjan aihe on farmaseutin näkökulma unettomuuteen ja sen hoitamiseen ja koska tutkimus kuuluu sosiaalfarmasian alaan, on kirjallisuuskatsauksessa käsitelty vain lyhyesti esimerkiksi sellaisia aiheita kuin uni ja unettomuuden fysiologia. Sen sijaan unettomuuden mahdollisia syitä ja seurauksia on käsitelty kattavasti, jotta lukijalla on mahdollisuus ymmärtää syvällisemmin, mitä unettomuus käytännössä voi olla ja mitä siihen voi liittyä. Kirjallisuusosassa on myös käsitelty erilaisia malleja, joiden avulla voidaan selittää unettomuuden puhkeamista ja kroonistumista.

Useimmat tutkimukseen osallistuneet farmaseutit kannattivat unettomuuden hoidoksi lääkkeitöntä itsehoitoa. Tämän vuoksi kirjallisuusosuudessa käsitellään lähinnä vain sellaisia lääkkeitä, jotka farmaseutit yleisimmin mainitsivat antamissaan vastauksissa tai jotka sisältyivät tutkimuksen tekijän kyselyissä esittämiin kysymyksiin. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa on tuotu monipuolisesti esille unilääkkeisiin liittyvät erityispiirteet niin apteekin kuin farmaseuttien näkökulmasta. Tällä halutaan korostaa sitä, että unilääkkeet eivät ole apteekin ja farmaseutin näkökulmasta aivan tavanomaisia lääkkeitä. Kirjallisuuskatsauksessa esitellään myös erilaisia unettomuuden hoidon psykologisia ja käyttäytymiseen liittyviä menetelmiä.

Lääkeneuvontaa avohoidon apteekeissa on käsitelty kirjallisuuskatsauksessa laajasti. Toisaalta on tuotu esille se työ, mitä Suomessa on tehty lääkeneuvonnan hyväksi ja toisaalta se, miten tämä työ edelleen jatkuu.

Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas on apteekkien lääkeneuvonnan ainut suomenkielinen opaskirja tätä väitöskirjatutkimusta tehtäessä (Hakkarainen ja Airaksinen 2001). Kirjaa käytetään edelleen esimerkiksi Helsingin yliopistossa farmaseuttiopiskelijoiden oppimateriaalina. Tämän



vuoksi on kirjassa esitetty apteekkiympäristöön validoitu lääkeneuvontamalli (Puumalainen ym. 2005b) käytäntöön soveltamisineen otettu myös tämän väitöskirjan lääketiedon välittämiseen liittyväksi teoreettiseksi viitekehyyksi. Malli on edelleen validi, ja se noudattaa samoja periaatteita kuin farmasistien tekemät kliiniset haastattelut, jotka pohjautuvat farmaseuttisen hoidon periaatteelle (Guirguis 2012).

Kirjallisuuskatsauksessa on käsitelty laajasti tunteita eli emotioita muihin yksittäisiin aiheisiin verrattuna, koska farmaseutit kirjoittivat unettomuuteen, sen hoitamiseen ja unettomiin asiakkaisiin liittyvistä tunnekokemuksistaan. Tunneiheen laajan, yleisluonteisen käsittelyn taustalla on ajatus, jonka mukaan tämä psykologian ala ei ole farmasian ammattilaisille välttämättä tuttu muutoin kuin omista henkilökohtaisista kokemuksista. Farmaseutin tutkimoon ei kuulu pakollisena oppiaineena varsinaisia psykologian opintoja. Myös arvoja, asenteita ja valtaa on käsitelty kirjallisuuskatsauksessa yleisesti. Tällä tutkimuksen tekijä on halunnut luoda pohjaa tutkimuksen tulosten pohdintaan.

Kansainvälisiä julkaisuja unettomuusaiheesta apteekin ja farmasian ammattilaisten näkökulmasta on julkaistu suhteellisen vähän. Nämä tieteelliset artikkelit ovat pääasiassa ilmiöitä kuvaavia, eivät tilastollisia yleistyksiä mahdollistavia. Tässä väitöskirjassa esitetyt ulkomaiset tutkimustulokset toimivat toisaalta väitöskirjatutkimuksen pohdintojen tukena ja toisaalta suomalaisten unettomuuden hoidon mahdollisina tulevaisuuden näkyminä. Johdannon lopussa (Kuva 1) on esitetty kirjallisuuskatsauksen eteneminen.

Sosiaalinen konstruktionismi on valittu tämän väitöskirjatutkimuksen filosofiseksi taustateoriaksi, koska tutkimuksessa käytetty aineisto on pelkästään yksilöiden itsensä tuottamaa kirjallista materiaalia, joka sisältää heidän omia ajatuksiaan, kokemuksiaan ja käytäntöjään. Tämän lisäksi tutkimuksen taustalla vaikuttaa tiedonantajien ja tutkimuksen tekijän yhteisesti jakama kulttuuri. Tähän taustateoriaan liittyen tutkimustulosten teoreettisina viitekehyyksinä hyödynnettiin muun muassa edellä mainittua Kuuri loppuun! -kirjaa lääkeneuvonnan osalta sekä tutkimusajankohtana vuonna 2013 voimassa olleita unettomuuden Käypä hoito -suositusta (2008) ja Fimean määräystä 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen. Lisäksi tutkimuksessa on hyödynnetty tutkimuksen tekijän omaa pitkää ammattikokemusta apteekkialalta sekä farmaseuttina että proviisorina. Näiden kaikkien viitekehyyksien taustalla vaikuttavat ihmisten väliset sopimukset siitä, mikä on tavoiteltavaa, mikä on hyvää tai mikä on oikein suomalaisessa kulttuurissa. Viitekehyykset eivät ole absoluuttisia totuuksia, vaan ihmisten välisiä sopimuksia siitä, miten tässä ajassa tulisi toimia ja mitä tavoitellaan.

Koska unettomuusaihetta farmaseutin näkökulmasta on Suomessa tutkittu aiemmin vain kerran, pro gradu -opinnäytetyössä (Nordlund 2011), oli laadullinen tutkimusmenetelmä tutkimusaiheeseen sopiva valinta. Koko tutkimusprosessin eteneminen on esitetty yksityiskohtaisesti, kuten myös

tiedonantajien kuvaus. Tällä tavoin lukijalla on mahdollisuus seurata tutkimuksen kulkua ja tutkimuksen tekijä voi osaltaan osoittaa tutkimuksen luotettavuuden.

Aineiston analysoinnin kuvauksen yhteydessä on esitetty aineiston analysoimisessa hyödynnettyä sisällönanalyysiä. Huomioitavaa tässä väitöskirjatutkimuksessa käytetyissä käsitteissä on se, että tutkimuksessa mainitulla sisällönanalyysillä tarkoitetaan induktiivista sisällönanalyysiä. Käytettäessä termiä luokittelu, se todellisuudessa sisältää myös aineistolle tehtyä deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimuksen tekijä päätyi käyttämään ilmaisua luokittelu, koska useat farmaseuttien antamat vastaukset olivat lyhyitä luetteloita, jolloin sisällönanalyysi-termin käyttö olisi ollut harhaanjohtavaa.

Väitöskirjassa esitellään sellaisia tutkimustuloksia, jotka ovat vastauksia ennalta päätettyihin tutkimuskysymyksiin. Tämän lisäksi mukana on sellaisia tutkimustuloksia, jotka ovat vastauksia tutkimuksen edetessä esiinnousseisiin tutkimuskysymyksiin.

Pohdintaosio sisältää tutkimustulosten ja tutkimuksessa käytetyn tutkimusmenetelmän pohdinnan lisäksi laadulliselle tutkimukselle ominaisen pohdinnan tutkimuksen tekijän lähtökohdista ja asemasta tutkimuksessa. Johtopäätösten esitystavassa on hyödynnetty ajatusta ”Voisivatko asiat olla toisin?”. Johtopäätökset perustuvat tutkimustulosten vertailuun suhteessa nykyisiin tavoitteisiin ja virallisiin normeihin.



**Kuva 1** Kirjallisuuskatsauksen sisältö

## 2 UNETTOMUUS JA SEN HOITO

### Uni

Unen tarve on yksilöllistä, ja se muuttuu iän myötä (Partonen ja Lauerma 2011). Aikuisella riittävän yön pituus on yleensä 6-9 tuntia (Partonen 2014). Suomalaisten aikuisten on todettu nukkuvan keskimäärin 7,5 tuntia vuorokaudessa (Kronholm ym. 2006, Kronholm ym. 2007, Kronholm ym. 2008).

Unesta tiedetään, että siinä on sisäinen sykli ja että uni voidaan jakaa perusuneen ja vilke- eli REM-uneen (Kajaste 2008, Partonen ja Lauerma 2011). Perusuni koostuu neljästä peräkkäisestä, toisiaan seuraavasta vaiheesta. Nukahdettaessa vaivutaan ensimmäisen vaiheen uneen, ja unen ensimmäinen, noin puolitoista tuntia kestävä sykli päättyy REM-uneen. Ensimmäisen ja toisen vaiheen uni on kevyttä. Kolmannen ja neljännen vaiheen uni on syvää ja elvyttävää. REM-unen on todettu olevan sekä fysiologisesti että mentaalisesti aktiivista.

Uni on osa yksilön vuorokausirytmää, jota säätelee useista toisiinsa vaikuttavista hermoverkoista muodostunut unen ja valveen vuorottelua säätelevä sisäinen biologinen kello (Kajaste 2008). Tätä sisäistä kelloa tahdistavat valo ja sosiaalinen elämä. Lisäksi on todettu, että nukkumiseen vaikuttavat elimistön homeostaattiset mekanismit. Unen ja valveen säätelyssä onkin mukana useita välittäjäainejärjestelmiä ja hormonaalisia sekä muita biokemiallisia tekijöitä (Partonen ja Lauerma 2011). Esimerkiksi tiedetään, että valveen ylläpitämiseen osallistuvat histamiini-, noradrenaliini-, asetyylikoliini- ja serotoniinivälitteiset järjestelmät. Sen sijaan gamma-aminovoihapon tiedetään aiheuttavan sedaatiota, ja valveen aikana aivoihin kertyvän solunulkokaisen adenosiniin tiedetään toimivan väsymyksen välittäjäaineena.

### 2.1 UNETTOMUUDEN MÄÄRITELMÄ JA LUOKITTELUA

*”Unettomuus ei ole irrallinen ilmiö, vaan se on tietynlaisen, tietyissä oloissa elävän ja tiettyjä asioita elämässään kokeneen ihmisen ongelma...”* (Kajaste 2008)

Unettomuuden vuonna 2008 julkaistun *Käypä hoito* -suosituksen mukaan unettomuudella tarkoitetaan toistuvia nukahtamisvaikeuksia, huonoa unen laatua tai liian lyhyitä yöunia, vaikka henkilöllä olisi mahdollisuus nukkua (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Tällä tavoin määritellyn unettomuuden tulee lisäksi haitata henkilön toimintakykyä. Timo Partonen ja Hannu Lauerma (2011) toteavat omassa unettomuuden määritelmässään, että

henkilöllä tulee olla vähintään kolmena yönä viikossa edellä esitettyjä ongelmia unen kanssa, jotta vaiva luokiteltaisiin unettomuudeksi. Lisäksi he toteavat, että uneton ei virkisty unestaan vaan potee väsymystä. Soili Kajaste (2008) toteaaakin, että unettomuus on kokemuksellista - henkilön tulee itse tuntea, että hänen unensa laatu on huonoa tai määrä riittämätön.

*Käypä hoito* -suosituksessa unettomuus luokitellaan sen keston mukaan kolmeen luokkaan (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008). Tilapäisestä unettomuudesta on kyse silloin, kun unettomuus on kestänyt alle kaksi viikkoa. Lyhytkestoiseksi unettomuus määritellään silloin, kun se on kestänyt 2-12 viikkoa. Pitkäkestoiseksi unettomuus luokitellaan sen kestänyt yli kolme kuukautta.

Unettomuus kuuluu Maailman terveysjärjestön kansainvälisen ICD-10 -tautiluokituksen (the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) mukaan unihäiriöihin, jotka edelleen jaetaan elimellisiin ja ei-elimellisiin unihäiriöihin (Tautiluokitus ICD-10 2011 s. 267, 296). Näistä edelliset unihäiriöt ovat hermoston sairauksia (Tautiluokitus ICD-10 2011 s. 296-297) ja jälkimmäiset mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä (Tautiluokitus ICD-10 2011 s. 267). Väestötasolla näistä erilaisista unihäiriöistä unettomuuden tiedetään olevan yleisintä (Buysse 2008, Leger ja Bayon 2010).

ICSD-luokittelujärjestelmässä (the International Classification of Sleep Disorders) unettomuuden luokittelu on yksityiskohtaista, ja luokittelu perustuu lähinnä unettomuuden aiheuttajaan. Tämän järjestelmän unettomuusluokkia ovat esimerkiksi psykofysiologinen unettomuus (ICSD 2001 s. 28-32), unen väärinarviointi (ICSD 2001 s. 32-35), idiopaattinen unettomuus (ICSD 2001 s. 35-38), ympäristön häiriötekijöistä aiheutuva unettomuus (ICSD 2001 s. 77-80), ruoka-aineallergiaan liittyvä unettomuus (ICSD 2001 s. 98-100) ja unilääkeriippuvuuteen liittyvä unettomuus (ICSD 2001 s. 104-107).

DSM-5 -luokittelujärjestelmä (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sisältää mielenterveyden häiriöiden luokittelua mukaan lukien unettomuuden (DSM-5 2013). Tämän luokittelun mukaan diagnostiset kriteerit täyttävän unettomuuden tulee toteuttaa seuraavat ehdot:

- unettoman subjektiivinen tyytymättömyys unensa laatuun tai sen määrään, tämän lisäksi ainakin yksi seuraavista: a) nukahtamisvaikeus, b) yölliset heräämiset tai c) varhainen herääminen
- unettomuuden tulee aiheuttaa unettomalle kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sen tulee selvästi heikentää hänen sosiaalista, työn suorittamiseen liittyvää, opiskeluun tai muuhun tärkeään toimintaan liittyvää toimintakykyä
- unettomuutta tulee olla ainakin kolmena yönä viikossa
- unettomuuden tulee olla jatkunut ainakin kolme kuukautta
- unettomalla on riittävä mahdollisuus nukkua
- unettomuus ei liity muihin unihäiriöihin
- unettomuuden syynä eivät ole erilaiset fysiologisesti vaikuttavat aineet
- unettoman mielenterveyden häiriö tai muu sairaus ei ole syynä unettomuuteen

Tämän luokittelun mukaan kriteereiden kolme viimeisintä kohtaa eivät kuitenkaan sulje pois unettomuusdiagnoosia, mikäli kriteereiden muut kohdat kuitenkin täyttyvät.

### **2.1.1 UNETTOMAN MIELIALA JA KOGNITIIVINEN TOIMINTAKYKY**

Unettomien on todettu kokevan itsensä usein stressaantuneiksi (LeBlanc ym. 2007). He ovat raportoineet väsymystä, uupumusta, mielialan vaihteluita, ahdistuneisuutta, voimattomuutta, masentuneisuutta ja jännittyneisyyttä normaaliunisia enemmän (Bonnet ja Arand 1995, Ellis ja Cropley 2002, Ohayon ja Partinen 2002). Toisaalta on todettu, että he saattavat kokea motorisia vaikeuksia ja häiritsevää kognitiivista aktiivisuutta, mutta myös kognition heikkenemistä (Ellis ja Cropley 2002, Ohayon ja Partinen 2002). Tutkimuksissa onkin voitu osoittaa, että unettomien muisti on keskimäärin huonompi kuin hyväunisten (Bonnet ja Arand 1995, Nissen ym. 2006, Backhaus ym. 2006, Fernandez-Mendoza ym. 2010) ja että unettomien huomiokyky ja tiedon prosessointinopeus ovat keskimäärin alhaisempia kuin hyväunisten (Fernandez-Mendoza ym. 2010). Unettomilla on havaittu erityisesti sekä työmuistin ja episodisen muistin että tarkkaavaisuuden ja ongelmanratkaisukyvyn heikkenemistä (Fortier-Brochu ym. 2012). Lisäksi on todettu, että univajeeseen voi liittyä muutoksia muun muassa kielellisessä sujuvuudessa, sanojen artikuloinnissa, loogisessa päättelykyvyssä, päätöksenteossa sekä luovuutta ja joustavuutta vaativassa ajattelussa ja suunnittelussa (Thomas ym. 2000). Univajeesta tiedetään myös, että se voi

heikentää yksilön tarkkaavaisuutta, muistia, oppimista ja edellä lueteltuja korkeampia kognitiivisia toimintoja, kuten ongelmanratkaisukykyä ja päätöksentekoa (McCoy ja Strecker 2011). Emotionaaliseen reaktiivisuuteen liittyen univaje voi vaikuttaa ahdistuneisuutta lisäten. Lisäksi on havaittu, että unettomuus ja univaje voivat heikentää työsuoritusta (Haavisto ym. 2010, Swanson ym. 2011).

Seitsemässä eurooppalaisessa maassa (n= 25 579) toteutetun väestötutkimuksen mukaan unettomista noin 40 % ilmoitti unettomuudella olevan haitallisia vaikutuksia heidän elämäänsä (Ohayon ja Reynolds 2009). Tutkimuksessa todettiin, että unettomat olivat sitä mieltä, että unettomuus vaikutti heidän terveyteensä, ja tämä johtui fyysisestä väsymyksestä. He olivat myös sitä mieltä, että unettomuus vaikutti heidän työskentelyynsä ja/tai muuhun päivittäiseen toimintaansa unettomuuden aiheuttaman fyysisen, henkisen tai älyllisen väsymyksen, ärtyneisyyden ja alentuneen tehokkuuden vuoksi. Lisäksi unettomat olivat sitä mieltä, että unettomuus vaikutti heidän perhe- ja muihin sosiaalisiin suhteisiinsa unettomuudesta johtuvan fyysisen ja henkisen väsymyksen sekä ärtyneisyyden ja masentuneen mielialan vuoksi. Toisin kuin itse unettomat, tutkijat ovat olleet sitä mieltä, että unettomuuden sekundaariset oireet, kuten esimerkiksi väsymys ja kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, johtuisivatkin pysyvistä kohonneesta vireystilasta eikä vähäisestä nukkumisesta (Bonnet ja Arand 1992, Bonnet ja Arand 1996, Bonnet ja Arand 1998a).

### **2.1.2 UNETTOMUUDEN FYSIOLOGIA**

Unettomuuden subjektiivisen luonteen lisäksi unettomuutta on tutkittu myös mittaamalla aivojen ja kehon toimintoja. Aivojen glukoosiaineenvaihduntaa hyödyntävällä PET-kuvantamisella ja aivojen sähköistä toimintaa mittaavalla EEG:llä on pystytty todentamaan unettomien henkilöiden aivojen unenaikainen normaaliunisiin verrattuna suurempi aivojen aktiivisuus sekä hereilläoloaikana aivojen eri alueiden erilainen aktiivisuus (Merica ym. 1998, Nofzinger ym. 2004, Riemann ym. 2010). Lisäksi tutkimusten mukaan huonosti nukkuvien ja hyvin nukkuvien unen rakenteessa on eroja erityisesti REM- ja vaiheen 2 unien kestoissa (Monroe 1967, Bonnet ja Arand 1995). Myös ennen nukahtamista esimerkiksi primaarisesti unettomilla ja normaaliunisilla henkilöillä on havaittu olevan EEG:llä mitattaessa eroja aivojen sähköisessä toiminnassa (Cervena ym. 2014).

Tiedetään, että aivojen välittäjäaineista GABA eli  $\gamma$ -aminovoihappo toimii keskushermostossa inhibitorisena välittäjäaineena ja että unettomuutta on perinteisesti hoidettu sellaisilla lääkkeillä, jotka välittävät vaikutuksensa GABA<sub>A</sub>-reseptoreiden kautta (Gottesman 2002). Tutkimuksessa on osoitettu, että primaarisesta unettomuudesta kärsivillä oli lähes 30 % alhaisempi aivojen GABA-pitoisuus kuin hyväunisilla (Winkelman ym. 2008). Neurobiologinen tutkimus onkin osoittanut, että primaarisessa unettomuudessa on kyse myös muusta kuin psykologisesta häiriöstä, jonka taustalla vaikuttavat

psykososiaalinen stressi, epäasianmukaiseen nukkumiseen liittyvä käyttäytyminen ja ehdollistumisesta johtuva vireystilan kohoaminen (Riemann ym. 2010). Onkin esitetty, että psykologisen häiriön sijaan primaarinen unettomuus tulisi luokitella psykiologiseksi häiriöksi. Tästä todisteena ovat muutokset unettoman psykologisen tilan lisäksi muutokset muun muassa unettoman yksilön aivojen eräissä välittäjäainepitoisuuksissa, sähköisessä toiminnassa ja rakenteessa (Riemann ym. 2010).

Autonomisen hermoston toiminnan tutkiminen on antanut viitteitä siitä, että unettomien vireystila on kohonnut normaaliunisiin verrattuna etenkin unen aikana (Riemann ym. 2010, Morin ja Benca 2012). Unettoman yöaikaisen sympaattisen hermoston toiminnan on havaittu vilkastuneen ja parasympaattisen hermoston toiminnan taas vähentyneen (Bonnet ja Arand 1998b). Esimerkiksi kun on tutkittu normaaliunisten ja primaarisesta unettomuudesta kärsivien sydämen toimintaa EKG:n avulla, on voitu todeta, että unettomilla on unenaikaista sydämen sympaattisen hermoston aktivoitumisesta johtuvaa sydämen sykkeen lisääntymistä normaaliunisiin verrattuna (Bonnet ja Arand 1998b). Unettomilla, ja erityisesti nukahtamisvaikeudesta kärsivillä, on myös havaittu olevan normaaliunisia korkeampi sydämen syke ennen nukahtamista (Haynes ym. 1981, Nelson ja Harvey 2003). Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että huonounisilla oli hyväunisia enemmän unenaikaista kehonliikehdintää (Monroe 1967) ja että unettomilla oli normaaliunisista poikkeava kehon vuorokautinen lämpötilan vaihtelu (Lack ym. 2008). Myös unettomien sekä päivä- että yöaikaisen hapenkulutuksen on todettu olevan suurempaa kuin normaaliunisilla (Bonnet ja Arand 1995). Tämän on tulkittu olevan merkki unettomien suuremmasta vireystilasta normaaliunisiin verrattuna. Tutkijoilla ei ole kuitenkaan vielä yksimielisyyttä siitä, aiheuttaako kehon lisääntynyt autonomisen hermoston aktiivisuus unettomuutta vai päinvastoin (Riemann ym. 2010).

Edellä esitetyn lisäksi primaarisesti unettomilla on todettu olevan lisääntynyt immuunijärjestelmäämme kuuluvan IL-6:n erityys sekä illalla että yöllä (Burgos ym. 2006). On myös havaittu kohonneita IL-6-pitoisuuksia huonosti yönsä nukkuneilla henkilöillä aamulla mitattaessa (Hong ym. 2005). Kortisolin erityksestä univajeen ja unettomuuden yhteydessä on ristiriitaisia tuloksia (Nilsson ym. 2004, Härmä 2006).

## **2.2 SEKUNDAARINEN JA PRIMAARINEN UNETTOMUUS — ALTISTAVAT, LAUKAISEVAT JA YLLÄPITÄVÄT TEKIJÄT**

Väitöskirjassa esitettyjen luokitteluiden lisäksi unettomuus voidaan jakaa sen aiheuttajan, taustalla olevan tekijän, mukaan primaariseen ja sekundaariseen unettomuuteen (Kajaste 2008). Sekundaarisesta unettomuudesta on kyse silloin, kun unettomuus liittyy muuhun sairauteen tai tilaan. Tällaisia ovat esimerkiksi somaattinen sairaus, psykiatrinen häiriö, ympäristötekijöihin,



lääkkeisiin ja alkoholin käyttöön liittyvä unettomuus sekä muut unihäiriöt. Sekundaarisen unettomuuden syynä voivat olla edellä luetellut syyt tai niistä aiheutuva ahdistus. Toisaalta on todettu, että mitä vakavampi unettomuus on, sitä suurempi riski yksilöllä on sairastua muihin sairauksiin (Salo ym. 2012). Sekundaarisen unettomuuden lisäksi käytetään termiä komorbiditi unettomuus, kun halutaan korostaa unettomuuden itsenäistä luonnetta erotuksena potilaan muista sairauksista (Williams ym. 2013). Taulukko 1 esittää yhteenvedona sekundaarisen unettomuuden taustalla olevia tekijöitä.

Aina unettomuuden taustalta ei löydy fyysistä tai psyykkistä sairautta (Harvey 2001a, Morin ym. 2001), tai se ei aiheudu ihmisen käyttämistä kemiallisista aineista (Riemann ym. 2010). Tällöin puhutaankin primaarisesta unettomuudesta. Primaariseen unettomuuteen luokitellaan kuuluviksi niin toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus, unen väärinarviointi kuin idiopaattinen unettomuuskin (Kajaste 2008).

**Taulukko 1.** Sekundaarista unettomuutta aiheuttavia sairauksia ja syitä unettomuuteen (Partonen 2014)

Unettomuuden syy	Oireet ja sairaudet
<b>Psykiatrinen</b>	Masennus, traumaperäinen stressihäiriö, tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriö, syömishäiriöt, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt
<b>Neurologinen</b>	Aivohalvaus, muistisairaudet, Parkinsonin tauti, epilepsia, päänsärky, aivovamma, ääreishermotaudit
<b>Muu unihäiriö</b>	Uniapnea, uni-valverytmin häiriöt, levottomat jalat, unenaikaiset liikehäiriöt, parasomnia
<b>Sydänperäinen</b>	Sydänlihassairaus, sydämen rytmihäiriö
<b>Keuhkoperäinen</b>	Astma, keuhkohtaumatauti, keuhkolaajentumatauti
<b>Endokriininen</b>	Kilpirauhassairaudet, diabetes
<b>Gastroenterologinen</b>	Ruokatorven refluksitauti, mahahaava, sappikivitauti, ärtyvä paksusuoli
<b>Tuki- ja liikuntaelinperäinen</b>	Nivelreuma, nivelrikko, fibromyalgia
<b>Urologinen</b>	Virtsankarkailu, tihentynyt virtsaamistarve yöllä
<b>Lisääntymisterveydellinen</b>	Raskaus, vaihdevuodet

Unen väärinarvioinnissa kyse on siitä, että henkilön on vaikea erottaa toisistaan uni- ja valvetilaa (Kajaste 2008). Yksilö ei koe nukkuvansa, vaikka hän todellisuudessa nukkuisikin. Lisäksi hän kokee unensa riittämättömäksi ja virkistämättömäksi. Idiopaattisesta unettomuudesta on todettu, että se liittyy häiriöön uni-valvejärjestelmän hermostollisessa säätelyssä ja että tämä unettomuuden muoto alkaa jo lapsuudessa.

Toiminnallisesta unettomuudesta on todettu, että siihen liittyy jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja nukkumista ehkäisevää ehdollistumista

(Kajaste 2008). Sen taustalta löytyy kohonnut vireystila, joka voi ilmetä niin ajatustoiminnassa, tunnetasolla, fysiologisissa reaktioissa kuin käyttäytymisessäkin. Tämä kohonnut vireystila toimii niin unettomuuden synnä kuin sen ylläpitäjänäkin. On myös todettu, että osa toiminnallisesta unettomuudesta kärsivistä yksilöistä on herkästi ehdollistuvia ja että heillä näyttäisi olevan vaikeuksia tunteidensa tunnistamisessa, säätelyssä ja käsittelemisessä.

Unettomuudelle on löydetävissä altistavia, laukaisevia ja sitä ylläpitäviä tekijöitä. Nämä eivät ole kuitenkaan yksiselitteisiä, sillä esimerkiksi altistava tekijä saattaa olla myös laukaiseva ja unettomuutta ylläpitävä tekijä. Yleisesti ottaen tietty yksittäinen tekijä voi altistaa henkilön unettomuudelle, mutta yksilötasolla unettomuuden laukeaminen saattaa vaatia useamman samanaikaisen kuormittavan tekijän (Healey ym. 1981). Tällaisia kuormittavia tekijöitä ovat esimerkiksi työhön ja koulutukseen liittyvä stressi, muutokset ja vaikeudet parisuhteessa sekä omaan terveyteen liittyvät ongelmat (Bastien ym. 2004). On myös todettu, että yksilön elämässään kohtaamat muutokset voivat aiheuttaa unettomuutta sitä todennäköisemmin, mitä useammin niitä tapahtuu ja mitä voimakkaampia tuntemuksia ne yksilössä herättävät (Lundh ja Broman 2000).

## **Perimä**

Yksilön perimän oletetaan vaikuttavan unettomuuteen (Riemann ym. 2010). Tiedetään, että lyhytaikainen unettomuus on tavallista reagointia elämän muutoksiin, mutta pitkäaikainen unettomuus kehittyy vain joillekin. Tämän vuoksi pitkäaikaisen unettomuuden taustalla oletetaan olevan mukana yksilön perinnöllinen taipumus unettomuuteen. Koska uni ja unihäiriöt ovat monimutkaisia ilmiöitä ja koska ne ovat todennäköisesti monien geenien, geeni-geenivuorovaikutusten, ympäristön ja geeni-ympäristövuorovaikutusten säätelemiä, on kuitenkin pidetty epätodennäköisenä, että löytyy yhtä yksittäistä geeniä, joka unettomuuden syyn selittäisi (Dauvilliers ym. 2005, Riemann ym. 2010).

Perimän vaikutusta unettomuuteen on tutkittu muun muassa kaksos- ja perhetutkimuksissa. Näissä tutkimuksissa on osoitettu, että unettomuus on yleistä myös unettoman lähisukulaisilla (Bastien ja Morin 2000, Beaulieu-Bonneau ym. 2007) ja että perimä on mukana, mutta se ei ole kuitenkaan ainoa unettomuuden taustalla oleva tekijä (Heath ym. 1990, Watson ym. 2006, Hublin ym. 2011). Perimän vaikutusta unettomuuteen on selitetty siten, että perimä vaikuttaa yksilön luonteenpiirteisiin ja siihen, miten yksilö reagoi stressiin (Hublin ym. 2011). Suvuissa esiintyvää unettomuutta on myös selitetty mahdollisesti sosiaalisesta oppimisesta johtuvaksi (Bastien ja Morin 2000). Lisäksi on todettu, että joillakin ihmisillä on itse hankitusta korkeasta vireystilasta johtuen taipumus unettomuuteen ja että joillakin yksilöillä on geneettisistä syistä johtuen luonnostaan korkea vireystila ja täten heillä on elinikäinen taipumus unettomuuteen (Bonnet ja Arand 1995, Drake ym.

2004). Primaarisen unettomuuden kroonistumista on selitetty unettoman vireystilan kohoamiseen ja sen ylläpitämiseen liittyvällä perinnöllisellä herkkyydellä (Riemann ym. 2010). On myös väitetty, että unettoman huono uni johtuu korkeasta vireystilasta eikä päinvastoin (Bonnet ja Arand 1995).

## **Perfektionismi ja persoonallisuus**

Yksittäisistä yksilön piirteistä unettomilla on todettu olevan normaaliunisia enemmän perfektionistisia piirteitä (Norah ym. 2000). Unettomuuden ja perfektionismin eräiden osa-alueiden välillä onkin havaittu olevan yhteys (Pinto de Azevedo ym. 2009). Tätä yhteyttä on selitetty muun muassa siten, että henkilöt, joilla on perfektionistisia piirteitä, tulkitsevat muita herkemmin unen ja unettomuuden heille itselleen haitallisella tavalla (Lundh ja Broman 2000). Esimerkiksi kun perfektionistinen ihminen kokee päivittäisen suoriutumisen hyvin tärkeänä itselleen ja kun häntä kohtaa jokin normaalistikin väliaikaisesti unettomuutta aiheuttava tapahtuma, saattavat tällainen väliaikainen unettomuus ja sen päiväaikaiset haitalliset seuraukset olla hänelle unettomuuden kannalta kohtalokkaampia kuin ihmisille, joiden tavoitteet eivät ole niin ehdottomia.

Perfektionistin korkeat tavoitteet voivat johtaa siihen, että henkilö valittaa huonosta unesta tilanteessa, jossa useammat muut ihmiset eivät näin tee (Lundh ja Broman 2000). Jos lisäksi yksilöllä on taipumus huolestua helposti, saattaa tällainen yhdistelmä johtaa siihen, että huoli omasta unesta on erityisen emotionaalisesti latautunut ja vaikuttaa yksilön uneen haitallisesti. Kuten jo edellä on todettu, huoli unettomuudesta voi lisätä yksilön vireystilaa, joka vuorostaan hankaloittaa nukahtamista, mikä taas lisää vireystilaa ja näin on oravanpyörä valmis. Perfektionismilla on ajateltu olevan vaikutusta siihen, että tilapäinen unettomuus muuttuu pitkäaikaiseksi.

Persoonallisuuden piirteistä turvallisuushakuisuuden on todettu olevan yleisempää toiminnallisesta unettomuudesta kärsivillä kuin henkilöillä, joilla ei ole unettomuutta (de Saint Hilaire ym. 2005). Turvallisuushakuisuuteen liittyy ujoutta, pelokkuutta, pessimististä murehtimista ja taipumus uupua helposti. Tämän persoonallisuuden piirteen onkin ajateltu herkistävän yksilön psykofysiologiselle unettomuudelle. Myös sellaisten persoonallisuuden piirteiden kuin neuroottisuuden ja sisäänpäinsuuntautuneisuuden on todettu olevan yleisempää unettomilla kuin henkilöillä, joilla ei ole unettomuutta (Dorsey ja Bootzin 1997). Neuroottisuuteen liittyviä luonteenpiirteitä ovat alakuloisuus, epävarmuus, huolestuneisuus, kiusaantuneisuus, levottomuus ja vihaisuus, kun taas sisäänpäinsuuntautuneisuuteen liittyy varautuneisuutta, vakavuutta, etäistä olotilaa ja hiljaisuutta (Barrick ja Mount 1991).

## **Perhe**

Toisin kuin voisi kuvitella, perhe ei ole välttämättä aikuisiällä unettomuudelta suojaava tekijä. Tutkimuksissa on havaittu muun muassa seuraavien

tekijöiden lisäävän unettomuuden todennäköisyyttä: perheenjäsenen sairastaminen tai kuolema (Healey ym. 1981, Martikainen ym. 2003, Vahtera ym. 2006), ristiriidat työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa (Nylén ym. 2007, Lallukka ym. 2010b), lapsuuden aikaiset taloudelliset vaikeudet (Koskenvuo ym. 2010, Lallukka ym. 2010a) sekä lapsuudessa kohdatut ikävät tapahtumat ja kokemukset, kuten huono äiti-lapsisuhde, toistuvasti pelottava perheenjäsen, lapsuudessa koettu vanhempien avioero sekä perheenjäsenen alkoholiongelma (Healey ym. 1981, Gregory ym. 2006, Bader ym. 2007, Koskenvuo ym. 2010).

## **Mielenterveyden häiriö ja unettomuus**

Unettomuuden ja mielenterveyden häiriön samanaikaisen esiintymisen on todettu olevan yleistä (Riemann ym. 2010). Tutkimusten mukaan noin puolella unettomista oli jokin mielenterveyden häiriö (Ohayon 1997, Ohayon ja Roth 2003, Ohayon ja Reynolds 2009) ja näistä häiriöistä unettomilla oli yleisimmin ahdistuneisuushäiriö tai masennus (Ohayon 1997, Ohayon ym. 1997, Taylor ym. 2005, Daley ym. 2009, Ohayon ja Reynolds 2009). Suomalaisilla unettomilla oli erään tutkimuksen mukaan mielenterveyshäiriöistä yleisimmin ahdistuneisuushäiriötä (Ohayon ja Partinen 2002). Lisäksi esimerkiksi alkoholisteilla (Ford ja Kamerow 1989, Brower 2001) ja Asperger-oireyhtymää sairastavilla (Tani ym. 2003, Tani ym. 2012) on todettu unettomuuden olevan yleistä. Huomion arvoista on myös se, että unettomuus voi olla oire jostakin muusta unihäiriöstä (Morin ja Benca 2012).

Unettomuuden, ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen läheistä suhdetta kuvaa se, että yhden tutkimuksen mukaan unettomilla henkilöillä oli 17 kertaa todennäköisemmin ahdistuneisuushäiriö kuin henkilöillä, joilla ei ollut unettomuutta (Taylor ym. 2005). Toisaalta toisessa tutkimuksessa osoitettiin, että yli 70 %:lla masentuneista oli myös unettomuutta (Ohayon ym. 2000). Unettomilla onkin osoitettu olevan kaksinkertainen riski sairastua masennukseen verrattuna sellaisiin henkilöihin, joilla ei ole unettomuutta (Baglioni ym. 2011). Myös eräissä muissa tutkimuksissa on todettu unettomuuden olevan masennuksen riskitekijä (Breslau ym. 1996, Baglioni ym. 2011, Wong ja Brower 2012).

Ajallisesti tarkasteltuna unettomuus voi ilmaantua ahdistuneisuushäiriön tai masennuksen kanssa samanaikaisesti, tai se voi ilmaantua niitä ennen tai niiden jälkeen. Tutkimuksen mukaan unettomuuden ilmaantuminen ennen masennusta oli todennäköisempää kuin sen ilmaantuminen ennen ahdistuneisuushäiriötä (Ohayon ja Roth 2003).

Unettomuus on yleistä itsemurhaa yrittäneillä (Sjöström ym. 2007). Unettomuuden onkin todettu olevan itsemurhan riskitekijä (Björngaard ym. 2011, Wong ja Brower 2012). Erityisesti sen samanaikainen esiintyminen ahdistuneisuuden, masennuksen ja liiallisen alkoholin käytön kanssa lisää

tutkimusten mukaan itsemurhariskiä. Myös sellaisten unihäiriöiden, joita ei hoidettu unilääkityksellä, on todettu lisänneen kyseessä olevaa riskiä.

### **Somaattinen sairaus ja unettomuus**

Moniin somaattisiin sairauksiin liittyy lisääntynyt unettomuuden riski. Tutkimusten mukaan erilaisiin kiputiloihin (Sutton ym. 2001, Sivertsen ym. 2009) ja krooniseen kipuun liittyy usein unettomuutta (Smith ym. 2000, Wilson ym. 2002, Tang ym. 2007, Belt ym. 2009, Daley ym. 2009, Sivertsen ym. 2009). Tutkimuksissa on osoitettu, että unettomilla oli normaaliunisiin verrattuna useammin syöpäsairauksia (Taylor ym. 2007, Salminen ym. 2008, Sivertsen ym. 2009), tuki- ja liikuntaelinsairauksia (Katz ja McHorney 1998, Daley ym. 2009, Ohayon ja Reynolds 2009), sydän- ja verisuonisairauksia (Katz ja McHorney 1998, Sutton ym. 2001, Martikainen ym. 2003, Taylor ym. 2007, Daley ym. 2009, Ohayon ja Reynolds 2009, Sivertsen ym. 2009) sekä ruuansulatus- (Sutton ym. 2001, Taylor ym. 2007, Daley ym. 2009, Ohayon ja Reynolds 2009) ja hengityselinsairauksia (Klink ja Quan 1987, Janson ym. 1996, Katz ja McHorney 1998, Sutton ym. 2001, Martikainen ym. 2003, Taylor ym. 2007, Ohayon ja Reynolds 2009, Sivertsen ym. 2009). Unettomuuden on myös todettu olevan yleisempää henkilöillä, joilla on neurologisia sairauksia, kuten esimerkiksi Parkinsonin tauti (Caap-Ahlgren ja Dehlin 2001, Taylor ym. 2007). Lisäksi on havaittu unettomuuden tilastollinen yhteys allergiaan (Sutton ym. 2001, Martikainen ym. 2003), tyypin 2 diabetekseen (Knutson ym. 2006), lihavuuteen (Salo ym. 2012) sekä uniapneaan (Subramanian ym. 2011, Björnsdóttir ym. 2012). Kansainvälisen unihäiriöluokituksen mukaan on olemassa yli 20 sellaista sairautta tai tilaa, joihin voi liittyä unettomuutta (ICSD 2001). Sen lisäksi että unettomuus saattaa esiintyä samanaikaisesti eräiden sairauksien kanssa, on unettomuuden todettu olevan muun muassa tyypin 2 diabeteksen (Nilsson ym. 2004, Meisinger ym. 2005, Cappuccio ym. 2010) ja lihavuuden (Fogelholm ym. 2007) riskitekijä. Toisaalta esimerkiksi aivoinfarktiin liittyy lisääntynyt unettomuuden riski (Leppävuori ym. 2002, Palomäki ym. 2003).

### **Alkoholi, tupakka, kahvi ja unettomuus**

Kuten edellä on mainittu, unettomuuden voi aiheuttaa myös kemiallinen aine. Ihmisten käyttämien joidenkin nautintoaineiden tiedetäänkin lisäävän unettomuuden todennäköisyyttä. Tästä hyvänä esimerkkinä on päivittäinen, runsas kahvinjuonti, jolla tarkoitetaan vähintään kolmea kupillista päivässä (Singareddy ym. 2012). Tutkimuksissa on myös todettu, että tupakoitsijoilla oli enemmän unettomuuteen liittyviä oireita kuin henkilöillä, jotka eivät tupakoineet (Wetter ja Young 1994, Ohayon 2005, McNamara ym. 2014).

Lisäksi on osoitettu, että unettomuusoireet ovat yleisempiä henkilöillä, jotka nauttivat alkoholia ennen nukkumaanmenoa (Ohayon 2005) ja henkilöillä, jotka käyttävät runsaasti alkoholia (Vahtera ym. 2006, Salo ym. 2012). Tiedetään myös, että unettomat käyttävät usein alkoholia

nukahtamistarkoituksessa (Morin ja Benca 2012). Ennen nukkumaanmenoa nautittu alkoholi voikin helpottaa unensaantia, mutta sen tiedetään muuttavan unen rakennetta ja muun muassa lisäävän unenaikaisia heräämisiä (MacLean ja Cairns 1982). Suomalaistutkimuksessa on todettu, että alkoholin kulutuksella ei ollut juurikaan vaikutusta päivätöitä tekevien miesten unettomuuden yleisyyteen, mutta kolmivuorotyötä tekevien ja epäsäännöllistä työaikaa noudattavilla miehillä havaittiin selvä yhteys unettomuuden ja alkoholin kulutuksen välillä (Härmä ym. 1998).

### **Lääkkeiden aiheuttama unettomuus**

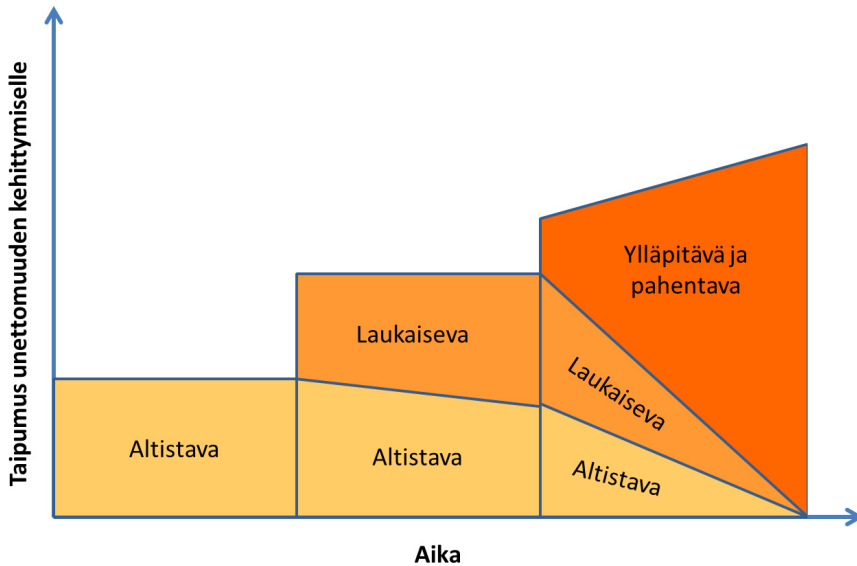
Myös joidenkin lääkeaineiden tiedetään aiheuttavan haittavaikutuksenaan unettomuutta (Novak ja Shapiro 1997, Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015). Sähköinen Pharmaca Fennica (päivitetty 15.12.2016) antaa haittavaikutukset-haulla pitkän luettelon lääkevalmisteita, joiden on havaittu aiheuttavan unettomuutta. Tässä kohdin mainittakoon vain muutamia sellaisia lääkeaineita, jotka aiheuttavat haittavaikutuksenaan yleisesti ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) unettomuutta. Tällaisia ovat muun muassa aripipratsoli, kinapriili, alpratsolaami, donepetsiili, baklofeeni, bikalutamidi, essitalopraami, metyyllifenidaatti, venlafaksiini, estradioli, gabapentiini, levetirasetaami, lamotrigiini, pregabaliini, pramipeksoli, teofylliini, risperidoni, fluoksetiini, sertraliini, titsanidiini, tsolpideemi ja topiramaatti. Huomion arvoista edellä olevassa luettelossa on muun muassa se, että unettomuuteen käytettävän tsolpideemin yleisenä haittavaikutuksena mainitaan unettomuus. Tsolpideemin aiheuttamasta rebound-unettomuudesta on tosin todettu, että se on tavanomaisilla annoksilla vähäistä (Monti ym. 2017).

#### **2.2.1 STRESSI-HAAVOITTUVUUS- JA 3P-MALLI**

Niin sanotun stressi-haavoittuvuus-mallin mukaan yksilöiden välillä on eroja siinä, mikä tulkitaan stressiä aiheuttavaksi ja miten voimakkaasti jokin tekijä koetaan stressaavaksi, mielenterveyttä häiritseväksi (Ingram ja Luxton 2005). Yksilöiden välillä on eroja myös sen suhteen, miten paljon yksilö kestää samanaikaisesti stressitekijöitä. Näihin eroihin vaikuttavat muun muassa yksilön temperamentti ja persoonallisuus sekä sosiaalinen tuki, koulutus, älykkyys ja hengellisyys sekä yksilön käyttämät selviytymisstrategiat. Stressi-haavoittuvuus-mallin avulla voidaan selittää erilaisten psyykkisten sairauksien ja häiriötilojen puhkeamista ja niiden koettua voimakkuutta.

Niin sanotun 3P-mallin (predisposing conditions, precipitating circumstances and perpetuating factors) avulla voidaan selittää unettomuuden kroonistumista (Williams ym. 2013). Tässä mallissa (Kuva 2) altistavat tekijät, kuten esimerkiksi ahdistuneisuus ja stressi, eivät aiheuta pitkäaikaista unettomuutta, mutta edeltävät sitä ja lisäävät sen todennäköisyyttä.

Akuutin unettomuuden kehittymiseksi tarvitaan tämän mallin mukaan jokin unettomuuden laukaiseva tekijä, kuten esimerkiksi stressaava elämäntilanne tai sairauden puhkeaminen (Williams ym. 2013). Sen sijaan pitkäaikaisen unettomuuden kehittymiseksi tarvitaan unettomuutta ylläpitäviä, pahentavia tekijöitä. Tällaisia ovat haitallisesti unettomuuteen vaikuttavat muutokset unettoman päiväaikaisissa toiminnoissa, kognitioissa ja uni-valverytmissä, joita uneton hyödyntää kompensoidakseen huonoa nukkumistaan.



**Kuva 2** Unettomuuden 3P-malli. Altistavien, laukaisevien, ylläpitävien ja pahentavien tekijöiden vaikutus unettomuuden kroonistumiseen (Williams ym. 2013)

## 2.2.2 TOIMINNALLISEN UNETTOMUUDEN SELITYSMALLI

Unettomuuden kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaan toiminnallisen unettomuuden kehittymisen ja jatkumisen taustalla on unettoman kognitiivisten tekijöiden aikaansaama vireystilan liiallinen kohoaminen (Espie ym. 2006). Tämän mallin mukaan yksilön stressin kokemiseen liittyy niin psykologisia kuin fysiologisia muutoksia, jotka vähentävät nukkumista edesauttavaa mielen ja kehon rauhoittumista ja lisäävät tällä tavoin tilapäisen unihäiriön riskiä.

Tilapäisen unettomuuden aikana uneton huomioi unettomuuden alkuperäisen aiheuttajan (Espie ym. 2006). Mikäli unettomuus jatkuu syystä tai toisesta, on riskinä, että uneton alkaa kiinnittää huomiota itse unettomuuteen ja nukkumiseen eikä niinkään unettomuuden aiheuttajaan, mikäli sellainen vielä on. Onkin esitetty, että unettomuuden alkuperäisen aiheuttajan poistuttua tai sen vaikutuksen lievennyttyä, unettomuuden

muuttuminen pitkäkestoiseksi johtuisi juuri huomion siirtämisestä alkuperäisestä unettomuuden aiheuttajasta itse nukkumiseen. Tämän mallin mukaan huomion kiinnittäminen nukkumiseen, pakottava tarve kontrolloida nukkumista ja nimenomaan suora ja epäsuora aktiivinen pyrkimys nukahtaa ja nukkua ovat ratkaisevia tekijöitä toiminnallisen unettomuuden kehittämisessä ja erityisesti sen jatkumisessa.

Tässä mallissa tavanomainen nukkuminen nähdään perustarpeena, normaalina, automaattisena tapahtumana, johon vaikuttaa niin nukkumiseen liittyvä kehon homeostaasi kuin yksilön ympäristöstä havaitsema vuorokausivaihtelu (Espie ym. 2006). Nukkumista voidaan kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaan häiritä kiinnittämällä siihen erityisesti huomiota, korostamalla sen tärkeyttä, pelkäämällä unettomuutta ja sen seurauksia sekä tarkoituksellisesti tavoittelemalla nukkumista - yksilö alkaa aktiivisesti ajatella ja toimia siten, että hän nukkuisi, minkä seurauksena nukkumiseen liittyvä automaatio häiriintyy ja todennäköisyys tavanomaiseen nukkumiseen vähenee. Nämä yksilön aktiiviset toimet nukkumisen edistämiseksi lisäävät edelleen kognitiivista ja emotionaalista vireystilaa. Tähän unettomuusmalliin perustuen on esitetty, että toiminnallisen unettomuuden hoidossa tulisi hyödyntää kognitiivis-behavioraalisia hoitomenetelmiä.

Toiminnalliseen unettomuuteen liittyen unettomilla on osoitettu olevan epärealistisia käsityksiä nukkumisen merkityksestä, unentarpeesta, unettomuuden syistä ja seurauksista (Morin ym. 2007). Lisäksi on esitetty, että unettomat ovat normaaliunisia useammin sitä mieltä, että on hyödyllistä murehtia ennen nukahtamista. Ennen nukahtamista sängyssä tapahtuva asioiden miettiminen ja murehtiminen voi auttaa heidän mielestään niiden selvittämisessä, ja ajattelemalla ja murehtimalla vähemmän tunteita nostattavia asioita voi heidän mielestään välttyä murehtimasta asioita, joita ei edes halua ajatella (Harvey 2003). Onkin todettu, että unettomat murehtivat, uudelleen pohtivat asioita ja pyrkivät sammuttamaan kognitiivista aktiivisuuttaan ennen nukahtamistaan normaaliunisia useammin (Harvey 2001b). Tiedetään myös, että itsensä ja ympäristön epätarkoituksenmukainen seuranta, esimerkiksi huomion kiinnittäminen omaan, jännittyneeseen kehoon tai ulkoisiin tekijöihin, jotka koetaan uhaksi omalle nukkumiselle, vaikeuttavat nukkumista (Harvey 2000, Wicklow ja Espie 2000).

Myös nukkumiskäyttäytymisellä on todettu voitavan ylläpitää unettomuutta. Esimerkiksi menemällä liian aikaisin nukkumaan ja pyrkimällä olemaan sängyssä mahdollisimman pitkään, jotta tulisi nukuttua paljon sekä nukkumalla päiväunia tai lisäämällä alkoholinkulutusta voi tahtomaattaan ylläpitää unettomuuttaan (Espie ym. 2006). Lisäksi on todettu, että unettomat käyttävät normaaliunisia enemmän itsensä rankaisemista selviytymiskeinona hallitakseen omia epämiellyttäviä tai vähemmän toivottuja ajatuksia (Ellis ja Croyley 2002). Toisaalta on myös todettu, että tilapäinen unettomuus muuttuu pitkäkestoiseksi silloin, kun henkilö on kyvytön käsittelemään elämässään tapahtuneita asioita itsenäisesti tai jää



vaille sosiaalista tukea silloin, kun sitä tarvitsisi (Kajaste 2008). On myös mahdollista, että yksilöiden välillä olevat erot käytetyistä selviytymisstrategioista selittävät sen, miksi toisesta tulee uneton ja unettomuus kroonistuu ja toinen taas säästyy tältä vaivalta. Esimerkiksi selviytymisstrategioista tiedetään, että unettomat käyttävät stressinhallintaan enemmän tunnekeskeisiä strategioita kuin hyväuniset (Morin ym. 2003). Muun muassa näiden edellä lueteltujen asioiden oletetaan edesauttavan unettomuuden synnyssä ja sen kroonistumisessa.

## 2.3 UNETTOMUUDEN ESIINTYMINEN

Unettomuudesta voidaan todeta, että sen esiintyminen länsimaaisessa aikuisväestössä on yleistä. Riippuen unettomuuden määritelmästä ja tutkimusmenetelmästä sen vallitsevuudeksi länsimaissa on saatu eri tutkimuksissa 4,4 – 48,0 % (Ohayon 2002, Leger ja Bayon 2010). Unettomuudesta on myös todettu, että se on usein kroonista, kestäen vuosia (Morin ja Benca 2012). Väestötasolla pitkäaikaista unettomuutta onkin ollut arviolta 5-10 %:lla (Riemann ja Voderholzer 2003), primaarista unettomuutta 2-4 %:lla (Ohayon 2002) ja toiminnallista unettomuutta 1-2 %:lla (Espie ym. 2006). Suomalaisella aikuisväestöllä on tutkimuksessa todettu olleen primaarista unettomuutta 1,6 %:lla (Ohayon ja Partinen 2002). Enemmistöllä, jopa 90 %:lla unettomista, unettomuus on sekundaarista, komorbidia unettomuutta (Williams ym. 2013). Esimerkiksi verenpainetautipotilaista jopa 44 %:lla saattaa esiintyä unettomuutta.

### Suomalaisesta unettomuudesta

Suomalaisten unettomuus on lisääntynyt, ja nukkumiseen käytetty aika on lyhentynyt. Suomalaisten unettomuuden esiintymistä on tutkittu esimerkiksi osana kansallista FINRISKI 2007 -terveystutkimusta (Peltonen ym. 2008). Tutkittavilta kysyttiin lomakekyselyn yhteydessä seuraava kysymys: *”Onko teitä vaivannut unettomuus viimeksi kuluneen kuukauden aikana?”* Kysymykseen vastasi 7712 iältään 25-74 -vuotiasta henkilöä. Vastausprosentti oli 64,5. Kyselyyn vastanneista 9,9 % ilmoitti unettomuuden vaivanneen usein, 45,2 % ilmoitti unettomuuden vaivanneen joskus ja 44,9 % ilmoitti, ettei unettomuus ollut vaivannut heitä lainkaan kuluneen kuukauden aikana.

Vastaavasti vuonna 2012 unettomuus oli vaivannut lähes yhtä usein FINRISKI 2012 -terveystutkimukseen osallistuneita (n=6278, vastausprosentti 63,4). Unettomuutta oli kokenut kyseisenä vuonna usein 9,7 % kyselyyn vastanneista (Borodulin ym. 2014). Sen sijaan vuonna 2012 unettomuus ei ollut vaivannut lainkaan kuluneen kuukauden aikana 47,5 % kyselyyn vastanneista. Tutkimukseen osallistuneista 42,8 % ilmoitti unettomuuden vaivanneen heitä joskus kuluneen kuukauden aikana.

Verrattaessa vuonna 2002 tehtyyn vastaavanlaiseen FINRISKI -terveystutkimukseen (Laatikainen ym. 2003) oli suomalaisten unettomuuden

kokeminen lisääntynyt. Vuonna 2002 unettomuus ei vaivannut lainkaan 55,3 % vastanneista. Toisaalta näyttäisi siltä, että suomalaisen työikäisen väestön kokema unettomuus on saattanut pysyä melko muuttumattomana vuosina 2010-2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kyseessä olevana aikana vuosittain 5000:lle iältään 15-64-vuotiaille Suomen kansalaisille suunnatun, satunnaisotantaa hyödyntäneiden lomakekyselytutkimusten mukaan unettomaksi oli itsensä kokenut tutkimushetkellä viimeksi kuluneen kuukauden aikana tutkimusvuodesta riippuen 22,0-23,9 % kyselyihin vastaajista. Vastausaktiivisuus näihin Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuskyselyihin vaihteli vuoden 2010 57 %:sta vuoden 2013 51 %:iin. (Helldán ym. 2013a, 2013b, 2015, Helakorpi ym. 2011, 2012).

Lisäksi suomalaisten nukkumisesta ja unettomuudesta tiedetään, että suomalaisten unenlaatu on ollut huonointa kesäisin (Ohayon ja Partinen 2002) ja että suomalaisen työikäisen väestön subjektiivinen, nukkumiseen käyttämä vuorokautinen aika on vähentynyt noin 18 minuutilla 33 vuodessa, vuosina 1972-2005 (Kronholm ym. 2008). Samaisena ajanjaksona on aikuisväestön satunnaisten unettomuusoireiden yleisyys selvästi lisääntynyt. Erityisesti tämä koskee keski-ikäistä työväestöä.

Unettomuusoireiden lisääntymisen arvellaan johtuvan muun muassa työelämän muutosten aiheuttamasta stressitasojen kohoamisesta (Kronholm ym. 2008). Esimerkiksi 1990-luvun laman aikana nimenomaan työttömäksi joutuneiden, ruumiillista työtä tekevien ihmisten unettomuusoireet lisääntyivät (Hyyppä ym. 1997). Työntekijöiden unettomuusoireiden onkin osoitettu liittyvän muun muassa heidän kokemaansa työelämästä aiheutuvaan stressiin (Kalimo ym. 2000). Toisaalta on todettu, että teollisuusmaissa terveen, hyvin nukkuvan aikuisväestön keskuudessa objektiivinen unenmäärä ei ole juurikaan muuttunut viimeisten 50 vuoden aikana (Youngstedt ym. 2016).

## **Sukupuoli**

Sukupuoli on eräs unettomuuden riskitekijä. Unettomuus vaivaa yleisemmin naisia kuin miehiä. Esimerkiksi FINRISKI 2007 -tutkimuksessa naisista 59,1 % ilmoitti unettomuuden vaivanneen heitä usein tai joskus. Miehistä näin vastasi 51,1 %. (Peltonen ym. 2008). Tämä miesten ja naisten välinen ero unettomuuden esiintymisessä on todettu myös muissa suomalaisissa (Ohayon ja Partinen 2002, Laatikainen ym. 2003, Martikainen ym. 2003, Kronholm ym. 2007, Kivistö ym. 2008,) ja länsimaisissa tutkimuksissa (Léger ym. 2000, Zhang ja Wing 2006, Sivertsen ym. 2009, Ohayon ja Bader 2010, Ohayon ja Sagales 2010, Pallesen ym. 2014).

Naisten huonompaa unenlaatua ja unettomuutta on selitetty etenkin menopaussiin, kuukautiskieroon ja raskauteen liittyvillä niin hormonaalisilla muutoksilla kuin käytännön tekijöilläkin (Owens ja Matthews 1998, Krystal 2003, Dzaja ym. 2005). Toisaalta sosiaalisten tekijöiden, kuten esimerkiksi

kuorsaavan puolison (Ulfberg ym. 2000, Hislop ja Arber 2003, Arber ym. 2007), sekä naisten rooleihin ja vastuisiin perheessä kuuluvan hoivan ja huolen perheenjäsenistä on todettu osaltaan selittävän naisten huonoa unen laatua (Hislop ja Arber 2003, Arber ym. 2007, Bianchera ja Arber 2007).

## **Ikä**

Unettomuus yleistyy iän myötä (Laatikainen ym. 2003, Kronholm ym. 2007, Kivistö ym. 2008). FINRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan suomalaisten kokemana unettomuus näytti lisääntyvän iän karttuessa sekä miehillä että naisilla (Peltonen ym. 2008). Myös muualla länsimaissa suoritetuissa tutkimuksissa on todettu sama ilmiö (Léger ym. 2000, Ohayon 2005, Sivertsen ym. 2009, Ohayon ja Sagales 2010). Kyse ei ole välttämättä siitä, että unettomuus liittyy itse ikääntymiseen (Ohayon ym. 2001, Sutton ym. 2001). Onkin todennäköistä, että syynä on unettomuuden riskitekijöiden lisääntyminen ihmisen ikääntyessä (Ohayon ym. 2001, Williams ym. 2013).

## **Siviilisääty**

Henkilön siviilisäädyllä ja unettomuuden yleisyydellä on havaittu olevan yhteys. Suomalaiselle aikuisväestölle suunnatussa tutkimuksessa on havaittu, että eronneilla ja leskillä oli naimattomia ja avo- tai avioliitossa asuvia yleisemmin unettomuuteen liittyviä oireita (Ohayon ja Partinen 2002). Samansuuntaiseen johtopäätökseen tultiin myös toisessa suomalaistutkimuksessa, jossa todettiin, että unettomuus oli todennäköisempää eronneilla, leskillä ja naimattomilla kuin avo- tai avioliitossa elävillä (Talala ym. 2008). Siviilisäädyn ja sukupuolen välisestä yhteydestä on suomalaistutkimuksessa todettu, että naimattomilla miehillä oli enemmän unettomuusoireita kuin naimisissa olevilla, mutta naisilla vastaavaa eroa ei havaittu (Lallukka ym. 2010b).

## **Koulutus**

Henkilön koulutuksella ja unettomuudella ei ole havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä suomalaistutkimuksissa (Talala ym. 2008, Lallukka ym. 2010a). Poikkeuksena ovat kuitenkin vähän koulutetut miehet, joilla on todettu olevan muita vähemmän unettomuutta (Talala ym. 2008). Toisaalta tämä tulos on ristiriidassa Terveys 2000 -tutkimustuloksen kanssa, jossa todettiin, että unettomuus oli yleisempää vähän koulutetuilla miehillä kuin enemmän koulutetuilla. Samaisessa tutkimuksessa todettiin myös, että naisilla koulutustaso ei ollut yhteydessä unettomuuteen (Kronholm ym. 2007).

## **Työ ja työttömyys**

Suomalaisilla työttömillä on todettu olevan muuta aikuisväestöä yleisemmin unettomuutta (Hyyppä ym. 1997, Ohayon ja Partinen 2002, Kronholm ym.

2007). Työttömyyden lisäksi työperäisen stressin, kuormittavien fyysisten työolojen ja vuorotyön on todettu olevan yhteydessä henkilön kokemaan unettomuuteen ja huonoon unen laatuun (Härmä ym. 1998, Härmä 2006, Lallukka ym. 2010b). Samoin henkilön kokema huono työn hallinta, puutteellinen mahdollisuus kehittyä työssään, lähiesimieheltä saatu vähäinen tuki (Kivistö ym. 2008), huoli työolosuhteista (Aasa ym. 2005) ja tyytymättömyys omaan työhön (Martikainen ym. 2003) sekä toisaalta samanaikaisesti työhön liittyvät korkeat vaatimukset ja vähäinen työn hallinta (Eriksen ym. 2008, de Lange ym. 2009) lisäsivät tutkimusten mukaan unettomuuden todennäköisyyttä. Lisäksi on todettu unettomuusoireiden todennäköisyyden lisääntyvän henkilön kokiessa ristiriitaa työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa (Nylén ym. 2007, Lallukka ym. 2010b).

Nykyisten taloudellisten vaikeuksien on todettu lisäävän aikuisiän unettomuusriskiä (Lallukka ym. 2010a). Mutta ammattiaseman ja unettomuuden välillä ei ole havaittu olevan merkittävää yhteyttä suomalaistutkimuksissa (Lallukka ym. 2010a, Lallukka ym. 2010b). Sen sijaan Suomessa 1980-luvulla suoritetun tutkimuksen mukaan unettomuuden esiintymisessä oli eroja ammattiryhmien välillä (Partinen ym. 1984). Tutkimuksessa todettiin, että yöllinen herääminen oli yleisempää fyysistä työtä tekevien keskuudessa, kun taas nukahtamisvaikeuksia ja ennen aikaista heräämistä kokivat suhteellisesti useammin työntekijät, joiden työ oli psyykkisesti raskasta.

## **2.4 UNETTOMUUDEN DIAGNOSOINTI**

Unettomuuden diagnosoinnista ja hoidosta on todettu muun muassa, että hoidon kannalta on ensiarvoisen tärkeää selvittää se, onko kyseessä primaarinen vai sekundaarinen unettomuus (Buyse 2008). Unettomuuden diagnosointi pohjautuu kliinisen kuvan tunnistamiseen (Partonen ja Lauerma 2011, Morin ja Benca 2012). Täten unettomuusdiagnoosi ja unettomuuden arviointi perustuvat unettoman antamaan subjektiiviseen kertomukseen unestaan, nukkumisestaan ja unettomuuden tuomista ongelmista sekä nukkumiseen liittyvistä tekijöistä kuten elintavoista ja elämänolosuhteista (Kajaste 2008, Partonen ja Lauerma 2011, Partonen 2014). Lisäksi huomioidaan unettoman käyttämä lääkitys ja muut sairaudet. Unettomuuden diagnostiikassa unettomuuden syyn selvittämisellä on keskeinen rooli. Onkin todettu, että tästä syystä johtuen lääkärin tulee selvittää unettoman somaattinen ja psyykkinen tila (Partonen 2014).

Potilaan unettomuuden tutkimisesta on todettu, että sen perustan muodostaa lääkärin suorittama perusteellinen haastattelu ja yksilön itsensä 1-3 viikon ajan pitämä uni-valvepäiväkirja, johon henkilö kirjaa muun muassa aamulla tiedot yönensä pituudesta, laadusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä (Kajaste 2008, Partonen 2014). Haastattelulla ja päiväkirjan avulla

selvitetään unettomuuden ilmenemismuodot, sen tuottamat ongelmat sekä unettomuutta ylläpitävät elintavat, elämänolosuhteet ja ristiriidat.

Laboratoriotutkimuksia käytetään lähinnä muiden yleissairauksien poissulkemiseksi. Sen sijaan kotiooloissa 1-2 viikon ajan tehtävää aktigrafiaa eli liikeaktiiviteettirekisteröintiä tai unilaboratoriossa suoritettavaa, 1-2 yötä kestäväää unipolygrafiaa voidaan käyttää lisätutkimuksina, kun unettomuuden syy on epäselvä tai kun unettomuus pitkittyy (Kajaste 2008, Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008, Partonen 2014). Lisäksi on todettu, että psykologin suorittamia tutkimuksia voidaan hyödyntää arvioitaessa yksilön unettomuuteen liittyviä psykososiaalisia tekijöitä (Kajaste 2008).

## **Aktigrafia**

Aktigriamenetelmässä mittausanturi kiinnitetään unettoman henkilön ei-dominantin käden ranteeseen (Terveysportti 2015). Mittauslaite rekisteröi liikkeen määrää, mistä voidaan päätellä tutkittavan lepo-aktiivisuusrytmi. Lisäksi uneton kirjaa vuorokautiset tapahtumansa päiväkirjaan. Aktigrafiasta onkin todettu, että sitä voidaan käyttää nukkumispäiväkirjan tietoja täydentävänä tekijänä unettomuutta tutkittaessa (Williams ym. 2013).

## **Unipolygrafia**

Unipolygrafia on edellistä selvästi yksityiskohtaisempi ja laajempi tutkimusmenetelmä. Mittausparametreja on useita, ja laajassa unipolygrafiassa mukana on aina aivojen sähköisen toiminnan, leuanaluslihasten toiminnan sekä silmien liikkeiden univaiheluokituksen mahdollistava rekisteröinti (Partinen 2008). On kuitenkin todettu, että unipolygrafian tulokset eivät aina täsmää unettoman subjektiivisen unettomuuskokemuksen kanssa. Esimerkiksi unettoman subjektiivinen käsitys nukkumiseen käytetystä ajasta saattaa poiketa unipolygrafialla määritetystä (Means ja Edinger 2003, Feige ym. 2008).

## **2.5 UNETTOMUUDEN ENNALTAEHKÄISY**

Ennaltaehkäisyksi primaariseen unettomuuteen ehdotetaan terveellisiä elämäntapoja (Partonen ja Lauerma 2011). Näitä ovat säännöllinen elämänrytmi, kuntoliikunta, kahvin ja alkoholin kohtuullinen nauttiminen sekä tupakoinnin välttäminen, ja näiden edellä lueteltujen toimintojen järkevä ajoittaminen.

Vuoden 2008 Käypä hoito -suosituksessa todetaan unettomuuden ennaltaehkäisystä, että tärkeää on normaali terveydestä huolehtiminen, niin sanottu unihuolto, sekä elämään liittyvien vaikeuksien kohtaaminen päivällä, ei yöllä sängyssä murehtien ja miettien. Myös työaikajärjestelyillä voidaan ehkäistä muun muassa vuorotyöstä aiheutuvaa unettomuutta, ja aikaerosta

johtuvaan unettomuuteen kannattaa varautua etukäteen. Lisäksi perussairauden hyvä hoito voi olla myös unettomuuden ennaltaehkäisyä.

## **2.6 UNETTOMUUDEN HOITO**

Unettomuuden hoidossa on empiiristä näyttöä niin lääkkeellisistä kuin lääkkeettömistäkin keinoista. Vankinta näyttö on bentsodiatsepiinireseptoriagonistien ja kognitiivis-behavioraalisten unettomuuden hoitomenetelmien hyödyistä (Morin ja Benca 2012). Vuoden 2008 Käypä hoito -suosituksessa todetaan unettomuuden hoidosta, että lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa tärkeää on potilaan tukeminen, taustalla olevien syiden ja laukaisevien tekijöiden etsiminen ja käsitteleminen, ohjaaminen omatoimiseen unihuoltoon sekä tarvittaessa lyhytkestoinen lääkehoito. Lisäksi suosituksessa mainitaan, että unettomuuden hoitoon kuuluu hyvä hoitosuhde ja seuranta.

Pitkäaikaisesta unettomuudesta suosituksessa todetaan muun muassa, että perussairauden lääkitys on unettomuuden hoitoa ja että parhaat tulokset saavutetaan kognitiivisella terapialla. Unettomuuden hoidosta onkin todettu, että ensiarvoisen tärkeää on hoitaa tiedossa oleva unettomuuden syy (Partonen ja Lauerma 2011, Partonen 2014). Oli taustalla sitten elimellinen sairaus, kemiallinen aine tai unettomuutta aiheuttava mielen terveyden häiriö (Partonen ja Lauerma 2011). Täten esimerkiksi masentuneen henkilön unettomuuden hoitoa on itse masennuksen hoito tai vaihdevuosisoireisen naisen hormonikorvaushoito. Toisaalta on kuitenkin todettu, että unettomuuden taustalla mahdollisesti olevan sairauden hoitaminen ei aina helpota itse unettomuusongelmaa, vaan myös itse unettomuutta tulee hoitaa (Morin ja Benca 2012, Siebern ym. 2012, Williams ym. 2013).

### **2.6.1 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMENETELMÄT**

Kuten edellä on jo todettu, unettoman tietyt psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät voivat pahentaa unettomuutta. Onkin esitetty, että tällöin on hyödyllistä pyrkiä vaikuttamaan juuri näihin tekijöihin lääkkeettömillä hoitokeinoilla (Morin ja Benca 2012). Unettomuuden yleisimmät lääkkeettömät hoitomuodot ovat unihuolto, erilaiset rentoutusmenetelmät sekä uniärsykehallinta-, unirajoite-, valvomis- ja kognitiiviset menetelmät. Unettomuuden toiminnallisten menetelmien tehokkuudesta löytyy kokeellista näyttöä etenkin uniärsykehallinnasta, unirajoitteesta, kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta, progressiivisesta lihasrentoutuksesta sekä valvomismenetelmästä (Edinger ym. 2001).

Edellä lueteltuja unettomuuden hoidon lääkkeettömiä menetelmiä on yhdistetty eri tavoin onnistuneesti. Esimerkiksi primaarisen unettomuuden hoidossa on tutkittu ja saatu lupaavia tuloksia seuravanlaisista yhdistelmistä: unitiedotus, uniärsykehallinta, unirajoite ja unihygienianeuvonta (Edinger ja

Sampson 2003) sekä progressiivinen lihasrentoutus, iltalukuhetki visuaalisine kuvitteluineen, uniärsykehallinta, unirajoite ja unihygienianeuvonta (Waters ym. 2003).

Unettomuuden hoidossa käytettyjä lääkkeettömiä menetelmiä on verrattu keskenään muun muassa yhdessä meta-analyysissä (Murtagh ja Greenwood 1995). Tässä analyysissä ei kyetty osoittamaan, että mikään näistä yksittäisistä menetelmistä olisi selvästi toista menetelmää tehokkaampi. Kuitenkin samaisen tutkimuksen mukaan yleisesti ottaen uniärsykehallintamenetelmä osoittautui hieman tehokkaammaksi kuin muut menetelmät unettomuuden hoidossa.

Samaisen meta-analyysin mukaan erilaisten menetelmien välillä oli eroja siinä, mihin unettomuuden oireeseen ne parhaiten tehosivat (Murtagh ja Greenwood 1995). Esimerkiksi uniärsykehallintamenetelmä osoittautui tehokkaammaksi nukahtamisen suhteen kuin esimerkiksi paradoksaalinen unettomuuden hoitomenetelmä eli valvomismenetelmä, joka taas osoittautui tehokkaammaksi yöllisten heräämisten lukumäärän suhteen kuin uniärsykehallintamenetelmä.

Lääkkeettömien menetelmien käyttöä unettomuuden hoidossa puoltaa muun muassa se, että näitä menetelmiä käytettäessä unettomat olivat olleet tyytyväisiä erityisesti unensa laadun paranemiseen (Murtagh ja Greenwood 1995). Lisäksi lääkkeettömien menetelmien vaikutuksen on todettu olevan pitkäkestoisempaa kuin lääkkeellisten menetelmien (Morin ym. 1999, Morin ja Benca 2012).

### 2.6.1.1 Unihuolto

Unettomuuden hoitoon kuuluu tavallisesti unihygieniaan liittyvät toimet, sillä huonojen unihygieniakäytäntöjen ajatellaan olevan yhtenä tekijänä unettomuuden taustalla (Yang ym. 2010). Kirjallisuudessa esitetyt unihygieniatoimet vaihtelevat suuresti laajuudeltaan. Yhteistä niille on kuitenkin se, että ne liittyvät yksilön päivä- ja/tai yöaikaiseen toimintaan sekä nukkumisympäristöön (Yang ym. 2010) ja että niillä pyritään parantamaan unenlaatua tai lisäämään unen määrää poistamalla tai vähentämällä nukkumista häiritseviä tekijöitä (Williams ym. 2013). Ohjeet voivat olla esimerkiksi seuravanlaisia: raskaan aterian, kovan harjoittelun ja tupakoinnin välttäminen ennen nukkumaanmenoa sekä kofeiinipitoisten valmisteiden ja alkoholin käytön rajoittaminen (Siebern ym. 2012).

Toisaalta unihygieniaohteet voivat olla hyvin laajoja sisältäen monenlaisia käyttäytymisohjeita juuri nukkumiseen liittyen. Esimerkiksi yhdessä laajassa unihuolto-ohjeessa todetaan muun muassa, että unihygieniaohteista tärkeimmät ovat seuraavat kaksi: *Mene vuoteeseen vasta, kun olet unelias. Nouse vuoteesta joka päivä suunnilleen samaan aikaan, myös viikonloppuisin* (Kajaste 2008). Muita samassa lähteessä mainittuja yleisiä ohjeita ovat muun muassa vuoteessaoloajan rajoittaminen, päiväunien välttäminen, nautintoaineiden myöhäisen nauttimisen välttäminen,

säännöllinen liikunta, makuuhuoneen rauhoittaminen unelle, rauhoittuminen ennen nukkumaan menoa, nukahtamisen aktiivisen yrittämisen välttäminen ja hiilihydraattipitoisen iltapalan syöminen.

Näiden edellä mainittujen unihuoltoon liittyvien ohjeiden tarkoituksena on säännöllistää unirytmä, vähentää unen tuloa estäviä ärsykeitä, helpottaa unen tuloa sekä parantaa nukkumisen laatua (Kajaste 2008). Tutkimukset ovat osoittaneet, että hyvä unihygieniä edesauttaa unettomuuden hoidossa (Waters ym. 2003, Bogdan ym. 2009, Bjorvatn ym. 2011). Mutta näyttäisi siltä, että unenhuollolla on suurempi merkitys tavallisesti hyvin nukkuvien kuin unettomien unettomuusoireisiin (Yang ym. 2010). Sen vähäistä tehoa unettomuuden ainoana hoitomenetelmänä osoittaa muun muassa se, että unihuoltomenetelmä yleensä yhdistetään muihin unettomuuden hoitomenetelmiin tai sitä käytetään unettomuustutkimuksen kontrolliryhmän hoitokeinona (Morin ym. 2006).

### **2.6.1.2 Rentoutusmenetelmät**

Rentoutusmenetelmistä unettomuuden hoidossa on todettu muun muassa, että silloin kun uneton on fysiologisesti yliaktiivinen, voidaan käyttää erilaisia rentoutusmenetelmiä. Rentoutumisesta on todettu olevan erityisesti hyötyä silloin, kun ongelmat liittyvät nukahtamiseen (Siebern ym. 2012).

Esimerkkejä unettomuuden hoidossa käytetyistä rentoutusmenetelmistä ovat erilaiset mielikuvatekniikat sekä lihasten jännittämisen ja rentoutuksen vuorotteluun perustuva progressiivinen rentoutus (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012). Tutkimuksissa on osoitettu progressiivisen lihasrentoutuksen (Murtagh ja Greenwood 1995, Means ym. 2000, Bogdan ym. 2009) sekä koko kehon (Nicassio ja Bootzin 1974) että kehon jännitystilojen (Woolfolk ja McNulty 1983) tietoisesta rentouttamisesta helpottaneen unettomuuden oireita. Myös mielikuvatekniikkaa, jossa ajatustoiminta suunnataan tiettyyn kuviteltuun neutraaliin, konkreettiseen esineeseen (Woolfolk ja McNulty 1983, Morin ja Azrin 1987) tai musiikkia joko yksinään tai muun rentoutustekniikan lisänä on käytetty onnistuneesti parantamassa unen laatua (De Niet ym. 2009).

### **2.6.1.3 Uniärsykehallinta**

Uniärsykehallintamenetelmää (stimulus control treatment/therapy) voidaan käyttää unettomuuden hoidossa esimerkiksi silloin, kun uneton yhdistää vuoteen valvomiseen ja ahdistukseen (Kajaste 2008). Tällaista haitallista ehdollistumista pyritään poistamaan seuraavin unettomalle annettavin ohjein (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012): 1. nukkumaan mennään aina väsyneenä, 2. säännöllinen unirytmä, 3. vuodetta ja makuuhuonetta käytetään vain nukkumiseen (poikkeuksena rakastelu), 4. säännölliset iltarutiinit ja 5. mikäli nukahtaminen ei tapahdu vähintään 15-20 minuutissa, vuoteesta nouseaan



ylös ja sinne palataan vasta, kun tuntee itsensä uneliaaksi. Tämä viimeinen kohta toistetaan niin monta kertaa kuin on tarpeen.

Tämän menetelmän tavoitteena on siis vahvistaa nukkumisen ja vuoteen välistä assosiaatiota (Williams ym. 2013). Ärsykehallintamenetelmän on todettu auttavan niin nukahtamisvaikeuteen kuin katkeilevaan yöuneenkin (Kajaste 2008). Tutkimustulokset antavat tukea sille, että uniärsykehallintamenetelmää voidaan käyttää unettomuuden yhtenä hoitokeinona (Turner ja Ascher 1979, Morin ja Azrin 1987, Murtagh ja Greenwood 1995).

#### **2.6.1.4 Unirajoite**

Unettomuuden hoidossa käytetty vuoteessaoloajanrajoittamis- eli unirajoitemenetelmä (sleep restriction therapy) muistuttaa edellä olevaa menetelmää siinä, että tavoitteena on, että henkilö yhdistäisi oman vuoteen nukkumiseen (Kajaste 2008, Williams ym. 2013). Tämän menetelmän taustalla on ajatus, että vuoteessa vietetty ylenmääräinen aika osaltaan ylläpitää unettomuutta (Kajaste 2008).

Unirajoitemenetelmässä nukkumispäiväkirjan avulla määritellään niin sanottu unitehokkuus, jota hyödynnetään päätettäessä vuoteessaoloajan pidentämisestä tai lyhentämisestä (Kajaste 2008). Heräämisaika pidetään aina samana. Tämän menetelmän avulla vuoteessaoloaika rajoitetaan systemaattisesti ja samalla hyödynnetään unta lisäävää homeostaattista unipainetta (Siebern ym. 2012, Williams ym. 2013). Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että unirajoitemenetelmällä voidaan vähentää unettomuuden oireita (Spielman ym. 1987, Murtagh ja Greenwood 1995).

Uniärsykehallinta- ja unirajoitemenetelmän tehokkuutta primaarisen unettomuuden hoidossa on verrattu bentsodiatsepiini- ja bentsodiatsepiinireseptoriagonistilääkitysten vaikutuksiin. Meta-analyysin avulla on voitu todeta edellä mainittujen behavioraalisten terapioiden ja unilääkitysten aikaansaamien lyhytaikaisten vaikutusten olevan lähes samanveroisia unettomuuden hoidossa (Smith ym. 2002).

#### **2.6.1.5 Valvominen**

Nukahtamisongelmissa on käytetty onnistuneesti menetelmää, jossa unetonta kehoitetaan valvomaan (Turner ja Ascher 1979, Murtagh ja Greenwood 1995, Broomfield ja Espie 2003). Tässä paradoksaalisessa unettomuuden hoitomenetelmässä tavoitteena ei ole pyrkiä aktiivisesti nukahtamaan, vaan tavoitteena on passiivisesti pyrkiä pysymään hereillä ja luopua nukahtamisen tavoittelemisesta, kuitenkin estämättä tietoisesti unentuloa (Espie ym. 2006). Tämän unettomuuden hoitomenetelmän taustalla vaikuttaa ajatus siitä, että normaaliuniset eivät suoranaisesti aktiivisesti pyrkivät nukahtamaan.

### **2.6.1.6 Kognitiiviset menetelmät**

Hoidettaessa unettomuutta kognitiivisilla menetelmillä kiinnitetään huomio erityisesti siihen, mitä merkityksiä unettomat antavat unelle ja unettomuudelle sekä korostetaan ongelmien käsittelyä päivällä ja huomion siirtämistä mielen muihin sisältöihin kuin unen yrittämiseen (Kajaste 2008). Kognitiivisessa terapiassa haastetaan unettoman unettomuuteen liittyviä haitallisia uskomuksia ja asenteita sekä pyritään korvaamaan ne unen suhteen hyödyllisemmillä (Siebern ym. 2012, Williams ym. 2013). Tavoitteena on vähentää murehtimisesta ja suoritusahdistuksesta johtuvaa psykologista yliviriämistä (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012).

Kognitiivista unettomuuden hoitomenetelmää käytettäessä keskitytään tutkimaan yksityiskohtaisesti unettoman elämää (Kajaste 2008). Uneton henkilö pitää päiväkirjaa, johon hän merkitsee tiedot nukkumisensa laadusta, tyytyväisyytensä uneensa ja ne päivittäiset tapahtumat, joiden hän arvelee olevan yhteydessä nukkumiseensa. Tässä menetelmässä keskitytään luettelon viimeisenä mainittuun kohtaan. Tällöin on mahdollista löytää unettoman huonoja nukkumistottumuksia sekä ylivireyttä aiheuttavia tunteita ja ajatuksia, jotka yleensä liittyvät unettoman keskeisiin huolenaiheisiin. Näitä unettoman huolia sitten käsitellään hoidon yhteydessä. Tavoitteena on keskittyä tutkimaan yksityiskohtaisesti niitä tapahtumia, jotka estävät unentulon ja löytää vaihtoehtoisia ajattelutapoja (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012).

Eräs kognitiivinen unettomuuden hoitomenetelmä on niin sanotun huolihetken pitäminen, sillä tiedetään, että ongelmia täynnä oleva mieli tuottaa unettomuutta (Kajaste 2008). Huolihetki toteutetaan siten, että ongelmien pohtimiseen varataan aikaa ja rauhallinen, häiriötön paikka. Kaikki mieleen nousevat ongelmat kirjataan ylös ja kutakin ongelmaa pohditaan erikseen muun muassa sen merkityksen ja toimenpiteiden osalta. Menetelmän ideana on se, että asioita pohditaan valveilla, jolloin niitä voidaan ajatella selkeästi.

Tieteellisessä tutkimuksessa on kyetty osoittamaan, että pelkällä kognitiivisella menetelmällä voidaan helpottaa kroonista unettomuutta ja sen päiväaikaisia seurauksia menestyksekkäästi (Harvey ym. 2007). Tutkimuksessa tutkittavien unettomuus poistui kokonaan ja vaikutuksen todettiin kestäneen 12 kuukautta annetun hoidon päättymisen jälkeen.

### **2.6.1.7 Kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoitomenetelmät eli CBT-menetelmät**

Silloin kun kognitiiviseen menetelmään liitetään käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, puhutaan kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta. Kuten kognitiivisilla unettomuuden hoitomenetelmillä myös kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä pyritään poistamaan nukkumista estäviä ja

häiritseviä tekijöitä ja tavoitellaan normaalia, tavanomaista nukkumista (Espie ym. 2006, Williams ym. 2013).

Pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa CBT-menetelmissä unirajoitemenetelmällä on keskeinen rooli. Sen on osoitettu auttavan unettomuuden subjektiivisissa oireissa myös ainoana hoitomuotona käytettäessä (Miller ym. 2014). Unettomuuden hoidossa käytetyistä käyttäytymiskomponentin sisältävistä hoitomenetelmistä unirajoitteen lisäksi menetelmät sisältävät yleensä myös uniärsyksen hallintaan liittyvän komponentin (Troxel ym. 2012).

Kun on verrattu keskenään kognitiivista, behavioraalista ja kognitiivis-behavioraalista unettomuuden hoitomenetelmää, on tutkimuksen perusteella voitu todeta, että tehokkain menetelmä näistä oli molemmat komponentit sisältävä hoito (Harvey ym. 2014). Tutkimuksessa todettiin, että hoidon behavioraalinen osa toi helpotusta unettomuuteen nopeammin, mutta kognitiivinen osa toi pitkäaikaisemman vaikutuksen. Lisäksi on todettu, että CBT-hoidon vaikutukset unettomuusoireisiin ovat lääkehoitoa pitkäkestoisempia (Mitchell ym. 2012).

Tästä yhdistelmähoidosta esimerkkinä mainittakoon, että yhdessä tutkimuksessa hyödynnettiin seuravanlaista yhdistelmää unettomuuden hoidossa: kerrottiin unesta yleisesti, sen tarpeesta, unettomuudesta ja sen vaikutuksista, annettiin ohjeet unihuollosta, uniärsykemenetelmästä, vuoteessaoloajanrajoittamisesta ja rentoutumisesta sekä ohjeet niiden noudattamisesta (Espie ym. 2001). Lisäksi hyödynnettiin kognitiivista terapiaa, jossa opetettiin ajattelemaan uudella tavalla ja hallitsemaan ahdistuneisuutta sekä mieleen tunkeutuvia ajatuksia.

Edellä mainittua menetelmää on käytetty onnistuneesti unettomuuden hoidossa niin nukahtamisongelmissa, nukahtamisen jälkeisen valvomisen vähentämisessä kuin unen pituuden lisäämisessäkin (Espie ym. 2001). Seurantatutkimus osoitti hoitotuloksen säilyneen vuoden ajan varsinaisen tutkimuksen päättymisen jälkeen. Myös muissa tutkimuksissa on todettu kognitiivis-behavioraalisten unettomuuden hoitomenetelmien vaikutusten olevan pitkäkestoisia (Morin ym. 2006).

Samantyyppistä hoitoa kuin edellä esitetty unettomuuden hoitomenetelmä on onnistuneesti käytetty lisäämään unitehokkuutta ja helpottamaan nukahtamista (Jacobs ym. 2004). Kognitiivis-behavioraalisen unettomuuden hoitomenetelmän on yhdessä tutkimuksessa osoitettu olevan tehokkaampi toiminnalliseen unettomuuteen liittyvän nukahtamisvaikeuden hoidossa kuin plasebon ja tsolpideemitartraatin. Menetelmän hyödyt unettomuuden hoidossa olivat pitkäkestoisia verrattaessa lääkehoitoon, jonka hyödyt kestivät vain hoidon ajan. Lääkehoidon yhdistäminen kognitiivis-behavioraaliseen menetelmään ei tämän tutkimuksen mukaan tuonut lisähyötyä pelkkään lääkkeettömään hoitomenetelmään verrattuna. Toisaalta on havaittu, että kognitiivis-behavioraaliset menetelmät voivat auttaa unilääkkeiden käytön lopettamisessa (Morin ym. 2006).

Kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoitomenetelmät on ensisijaisesti suunnattu primaarisesta unettomuudesta kärsiville (Currie ym. 2000), jolloin on kyetty helpottamaan erityisesti nukahtamista ja lisäämään kokonaisnukkumisaikaa (Morin ym. 2006). Mutta kyseisiä hoitomenetelmiä on hyödynnetty myös eri syistä johtuvan sekundaarisen unettomuuden hoidossa (Morin ym. 2006, Morin ja Benca 2012, Siebern ym. 2012).

Esimerkiksi CBT-menetelmiä on käytetty helpottamaan kipupotilaiden (Currie ym. 2000) ja alkoholismista toipuvien unettomuutta (Currie ym. 2004). Sen lisäksi että depressiopotilaat ovat hyötäneet tästä unettomuuden hoitomenetelmästä unettomuutensa suhteen, ovat osan depressio-oireet helpottuneet tai hävinneet kokonaan hoidon aikana (Siebern ym. 2012).

Kuten edellä on jo todettu, kyseessä olevilla hoitomenetelmillä on saatu lupaavia tuloksia niin nukahtamisongelmissa, unitehokkuuden lisäämisessä kuin unen laadun parantamisessakin. Lisäksi sekundaarista unettomuutta koskevista seurantatutkimuksissa on hoitotulosten todettu kestäneen vähintään kolme kuukautta hoidon päättymisen jälkeen (Currie ym. 2000, Currie ym. 2004). Kognitiivis-behavioraalista unettomuuden hoitomenetelmää onkin suositeltu unettomuuden ensisijaiseksi hoitomenetelmäksi menetelmään liittyvän vahvan tieteellisen näytön vuoksi, sillä jopa 70-80 % hoitoa saaneista on siitä hyötynyt (Siebern ym. 2012). Tyypillisesti tämä hoitomuoto sisältää 4-6 viikoittaista hoitokertaa (Morin ja Benca 2012).

Tiedetään, että unilääkkeiden käyttö tuo nopean avun unettomuuteen verrattaessa esimerkiksi unettomuuden behavioraalsiin hoitomenetelmiin (Morin ym. 1999, Waters ym. 2003), ja tiedetään, että etenkin uniärsykehallinta- ja unirajoitemenetelmät voivat hoidon alussa lisätä päiväaikaista väsymystä ja siten alentaa hoitomyöntyvyyttä (Perlis ym. 2004b). Hoitomyöntyvyyden parantamiseksi on kokeiltu modafiinililääkityksen yhdistämistä kognitiivis-behavioraliseen unettomuuden hoitomenetelmään (Perlis ym. 2004b). Modafiini on lääkeaine, jolla on heräämistä edistävä vaikutus (McGregor ym. 2008). Kokeilu osoitti, että kyseiseen menetelmään yhdistetty päivittäinen modafiinililääkitys vähensi tutkittavien päiväaikaista väsymystä ja lisäsi tutkittavien hoitomyöntyvyyttä (Perlis ym. 2004b).

## **2.6.2 LÄÄKEHOITO**

*”Unilääkkeitä voi määrätä unettomuuden hoidossa tilapäiseen, alle 2 viikon mittaiseen käyttöön, ja resepteissä tulisi tällöin suosia vain pienimpiä, 10 tai 20 kappaleen pakkauksia.”* toteavat Timo Partonen ja Hannu Lauerma (2011) Psykiatria-kirjassa. Lisäksi samaiset kirjoittajat mainitsevat, ettei unilääkkeitä tulisi määrätä pitkäaikaiseen, yli 4 viikon mittaiseen käyttöön. Tätä rajoitusta perustellaan sillä, että lääke saattaa haitata unettoman toimintakykyä, johtaa lääketoleranssiin sekä aiheuttaa lääkeriippuvuuden.

Unettomuuden, vuonna 2008 julkaistun, Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkitystä käytetäänkin lähinnä hoidettaessa lyhytaikaista unettomuutta silloin, kun unihuollosta ei ole ollut apua. Pidempiaikaista unilääkitystä voidaan kuitenkin käyttää hoidettaessa idiopaattista unettomuutta. Suosituksen mukaan pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa suositetaan kognitiivista terapiaa, ja kuten edellä on jo todettukin, perussairausten lääkitys on myös unettomuuden hoitoa.

Käypä hoito -suosituksessa todetaan lisäksi, että lyhytkestoiseen unettomuuteen käytetään Z-lääkkeitä tai masennuslääkkeitä, joiden on todettu soveltuvan unettomuuden hoitoon. Lääkkeistä tulisi suosia sellaisia, joilla on lyhyt puoliintumisaika, ja suosituksessa lääkäreitä varoitellaan unilääkkeiden määräämisen helppoudesta.

Unettomuuden hoidossa käytettäviä vuoden 2008 Käypä hoito -suosituksen mukaisia lääkkeitä ovat seuraavat:

- bentsodiatsepiinit: nitratsepaami, diatsepaami, oksatsepaami, tematsepaami, triatsolaami ja midatsolaami
- bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavat: tsaleploni, tsolpideemi ja tsopikloni
- masennuslääkkeet: doksepiini, trimipramiini, mirtatsapiini ja tratsodoni
- melatoniini

### 2.6.2.1 Riippuvuus ja väärinkäyttö

Yleisesti on tiedossa, että unilääkkeiden käyttäminen ei ole ongelmatonta, sillä bentsodiatsepiineihin ja bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttaviin lääkeaineisiin liittyy riippuvuusriski (Hajak ym. 2003, Koulu ym. 2012, Gerardin ym. 2014). Tämä lääkeriippuvuus määritellään lääkkeen jatkuvaan käyttöön liittyväksi tilaksi, jolle on ominaista muun muassa himo tai pakonomainen halu käyttää lääkettä. Lisäksi lääkeriippuvuudelle on ominaista toleranssin kehittyminen, lääkkeen käytön lopettamiseen liittyvät fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet, heikentynyt kyky hallita lääkkeen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista sekä lääkkeen käytön muodostuminen elämää hallitsevaksi tekijäksi.

Lääkeriippuvuus voidaan jakaa psyykkiseen ja fyysiseen riippuvuuteen (Buyse 2008, Koulu ym. 2012). Psyykkiseen riippuvuuteen kuuluu yksilön halu tuntea lääkkeeseen liittyviä vaikutuksia sekä kokemus lääkkeen välttämättömyydestä hänen hyvinvoinnilleen. Fyysisellä riippuvuudella taas tarkoitetaan elimistön tilaa, jossa elimistö on tottunut lääkeaineeseen ja lääkkeen puute ilmenee erilaisina vieroitusoireina.

Kuten edellä jo todettiin, riippuvuuteen liittyy yleisesti myös lääkeaineen käytön jatkuessa toleranssin eli sietokyvyn kasvua (Wagner ja Wagner 2000, Koulu ym. 2012). Lääkkeen tasainen, jatkuva pitoisuus elimistössä edistää

riippuvuuden ja toleranssin kehittymistä. Mutta toisaalta on todettu, että mikäli käyttökertojen välissä on riittävän pitkä tauko, ei pitkäaikainenkaan käyttö aina johda riippuvuuteen. On esimerkiksi osoitettu, että tsolpideemin käyttö 3-5 kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan ei aiheuttanut vieroitusoireena rebound-unettomuutta eikä toleranssia (Perlis ym. 2004a).

Riippuvuuden kehittymisen ehkäisemiseksi unilääkkeiden pitkäaikaista käyttöä tulisikin välttää (Wagner ja Wagner 2000), ja lääkitystä lopetettaessa suositellaan lääkkeen asteittaista vähentämistä vieroitusoireiden välttämiseksi (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015). Toisaalta on todettu, että unilääkkeen käytön lopettaminen ei aina onnistu, vaikka potilas olisi siihen motivoitunutkin (Belleville ja Morin 2008).

Lääkeriippuvuudesta on lisäksi todettu, että se ei ole sama asia kuin lääkkeiden väärinkäyttö, vaikka ne saattavatkin esiintyä samanaikaisesti (Koulu ym. 2012). Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan yhden määritelmän mukaan *”perusteltujen ohjeiden mukaisesta käytöstä poikkeavaa käyttöä”*, mikä ulottuu lääkkeiden vajaakäytöstä niiden liikakäyttöön.

#### 2.6.2.2 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiineista voidaan yleisesti todeta, että ne ovat sedatiivisia, anksiolyyttisiä, poikkijuovaista lihasta relaksoivia, kouristuksia estäviä, muistia ja suorituskykyä heikentäviä lääkeaineita (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008, Pelkonen ja Korpi 2014). Vaikutusmekanismeiltaan bentsodiatsepiinit ovat GABA<sub>A</sub>-agonisteja lisäten  $\gamma$ -aminovoihapon inhibitorista vaikutusta keskushermostossa (Ebert ym. 2006). Ne välittävät sedatiivishypnoottisen vaikutuksensa sitoutumalla lähinnä GABA<sub>A</sub> -reseptorikompleksin  $\omega$ 1- ja  $\omega$ 2-reseptorialatyyppeihin (Gunja 2013a). Niiden puoliintumisaajat ovat yleensä melko pitkiä (Ebert ym. 2006). Esimerkiksi tematsepaamin eliminaation puoliintumisaika on 8-20 tuntia.

Unilääkkeinä käytettävät bentsodiatsepiinit lyhentävät nukahtamiseen kuluvaa aikaa ja vähentävät yöllisten heräämisten määrää sekä pidentävät unen kestoa, mutta ne muuttavat myös unen rakennetta heikentäen unen laatua (Holbrook ym. 2000, Wagner ja Wagner 2000, Ebert ym. 2006). Haittavaikutuksina ne voivat aiheuttaa seuraavan päivän aikaista uneliaisuutta, huimausta, pyöräytystä, kyvyttömyyttä muodostaa uusia muistikuvia sekä heikentää keskittymistä. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy toleranssin kehittymismahdollisuus, ja lääkitystä lopetettaessa voi esiintyä vieroitusoireita, joita ovat muun muassa ahdistuneisuus, pahoinvointi, hikoilu sekä vapina. Bentsodiatsepiinilääkkeisiin liittyy siten riippuvuusriski. Näiden lääkkeiden väärinkäyttö on myös mahdollista.

Pitkäaikaisen lääkityksen äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa rebound-unettomuutta (Wagner ja Wagner 2000). Pitkäkestoinen lääkitys tulisikin lopettaa asteittain vieroitusoireiden välttämiseksi. Suositelluilla annoksilla unilääkkeinä käytettävien bentsodiatsepiinien tiedetään myös heikentävän seuraavan aamun autolla ajokykyä (Roth ym. 2014). Bentsodiatsepiinien

käyttöön liitetäänkin tapaturma- ja onnettomuusriskin lisääntyminen (Holbrook ym. 2000, Gunja 2013b). Alkoholi lisää bentsodiatsepiinien sedatiivista vaikutusta (Nordfjörn 2012).

Vaikeiden unihäiriöiden hoidossa bentsodiatsepiinien on todettu olevan akuutissa tilanteessa usein korvaamattomia, vaikka ne eivät olekaan ensisijaisia lääkkeitä unihäiriöihin (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008, Pelkonen ja Korpi 2014). Riippuvuusriskin ja bentsodiatsepiinien haittavaikutusten vuoksi suositellaankin, että bentsodiatsepiinilääkityksen aloittamista harkitaan tarkkaan. Lisäksi lääkäreitä kehoitetaan sopimaan potilaan kanssa, että kyseessä on lyhytaikainen lääkitys. Lääkityksen kestosta on mainittu, että se on alle kaksi viikkoa tai enintään alle kolme kuukautta. Tutkimusnäyttö suosittaa alle kaksi viikkoa kestävästä lääkityksestä (Holbrook ym. 2000). Toisaalta tiedetään, että on potilaita, jotka saavat pitkäaikaisen, 1-3 kuukautta, avun säännöllisestä bentsodiatsepiinilääkityksestä ilman toleranssin kehittymistä (Wagner ja Wagner 2000). Mutta toisaalta tiedetään myös, että bentsodiatsepiinien pitkäaikainen käyttö voi heikentää pitkäksi aikaa henkilön kognitiivisia toimintoja (Barker ym. 2004).

### **2.6.2.3 Tsopikloni ja muut bentsodiatsepiinien kaltaisesti vaikuttavat**

Tsopiklonia, tsolpideemia ja tsaleplonia käytetään lähinnä lyhyen puoliintumisaikansa vuoksi nukahtamishäiriöihin (Gunja 2013a, Pelkonen ja Korpi 2014, Monti ym. 2017). Ne imeytyvät nopeasti ja sitoutuvat sedaatiosta vastaaviin  $\alpha_1$ -alaysiköllisiin GABAA- reseptoreihin. Z-lääkkeet ovat hyvin siedettyjä, ja niiden tavallisimpia haittavaikutuksia ovat päänsärky, ruoansulatusvaivat sekä huimaus. Z-lääkkeisiin liittyy haittavaikutuksina toleranssia, riippuvuutta ja vieroitusoireita, kuten unettomuutta ja ahdistuneisuutta. Myös näiden lääkkeiden väärinkäyttöä esiintyy. Suositelluilla annoksilla haittavaikutukset ovat iäkkäillä yleisempiä. Näillä bentsodiatsepiinien kaltaisesti vaikuttavilla lääkeaineilla on vähemmän todettuja haittavaikutuksia kuin bentsodiatsepiineilla, mutta tutkimustiedon lisääntyessä tämä käsitys on muuttumassa. Alkoholin yhteiskäyttö Z-lääkkeiden kanssa lisää niiden sedatiivista vaikutusta (Hesse ym. 2003). Myös näiden lääkeaineiden kohdalla suositellaan lyhytaikaista, enintään pari viikkoa kestävästä käytöstä sekä tästä asiasta potilaan kanssa sopimista (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015).

### **Tsopikloni**

Tsopiklonista on todettu, että se on vaikutukseltaan hypnoottinen, sedatiivinen ja antikonvulsiivinen (Terzano ym. 2003). Annoksilla 3,75-7,5 mg tsopikloni lyhentää tehokkaasti nukahtamisaikaa, vähentää yöllisten heräämisten määrää ja pidentää unen kestoa (Ebert ym. 2006). Sen ei ole todettu aiheuttavan vakavia haittavaikutuksia. Esimerkiksi tsopiklonin aiheuttamat kuolemat ovat harvinaisia ja liittyvät tavallisesti yliannostukseen

muun lääkeyhityksen yhteydessä (Gunja 2013a). Mutta toisaalta tsopiklonin käyttö lisää kaatumis- ja onnettomuusriskiä, ja jo annos 7,5 mg saattaa heikentää muistia (Gunja 2013b). Lisäksi tiedetään, että sen pitkäaikaiskäyttö saattaa heikentää ainakin yli 54-vuotiaiden reaktiokykyä myös lääkeyhityksen lopettamisen jälkeen useaksi kuukaudeksi tai jopa pysyvästi (Puustinen ym. 2014).

Todennäköisesti sen melko pitkistä eliminaation puoliintumisajasta (4-5 tuntia) johtuen se saattaa annoksella 7,5 mg vaikuttaa vielä seuraavana aamuna ja päivälläkin, 9-11 tunnin kuluttua lääkeannoksen ottamisesta, esimerkiksi autolla ajokykyyn (Ebert ym. 2006, Leufkens ja Vermeeren 2014, Roth ym. 2014). Tähän ajokykyyn vaikuttavat sekä lääkeannos että annosteluajankohta. Tsopikloniannoksen kaksinkertaistaminen saattaa heikentää autolla ajokykyä jopa 16 tunnin ajaksi (Gunja 2013b). Tähän lääkeaineeseen liittyvän toleranssin ja rebound-unettomuuden ilmaantumisen on todettu olevan epätodennäköistä (Terzano ym. 2003). Tsopiklonin tavallinen haittavaikutus on kitkerä maku.

### **Tsopideemi**

Tsopideemi on lyhytvaikutteinen unilääke, jonka eliminaation puoliintumisaika on noin 2,5 tuntia (Ebert ym. 2006, Monti ym. 2017). Se lyhentää merkittävästi nukahtamiseen kuluvaa aikaa, vähentää yöllisiä heräämisiä ja pidentää unen kestoa. Tsopideemin tavallisimmat haittavaikutukset ovat päänsärky, uneliaisuus, huimaus, pahoinvointi, ripuli ja lihaskivut (Monti ym. 2017).

Vaikka tsopideemi on tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön annoksilla 5 mg tai 10 mg, on tutkimusnäyttöä sen tehokkuudesta ja turvallisuudesta myös pidempiaikaisessa käytössä (Ebert ym. 2006). Sen käyttöön liittyy vähäinen toleranssiriski, mutta toisaalta tsopideemin haittavaikutuksiin kuuluvat lääkeyhitystä lopetettaessa rebound-unettomuus, pitkäaikaiskäytöstä johtuva riippuvuus, ja myös lääkkeen väärinkäyttö sekä vieroitusoireet ovat mahdollisia (Ebert ym. 2006, Monti ym. 2017). Lisäksi tsopideemi saattaa heikentää kykyä tallentaa uusia muistikuvia. Tsopideemin on myös osoitettu heikentävän lyhytaikaisesti verbaalista muistia, tarkkavaisuutta sekä prosessointinopeutta (Stranks ja Crowe 2014). Lääkkeen vaikutuksen alaisena autolla ajaminen heikentää ajokykyä (Pressman 2011). Tsopideemin käytön yhteydessä on kuvattu jopa unissa autolla ajamista. Sen ei ole todettu vaikuttavan haitallisesti autolla ajokykyyn, kun tsopideemiannos 10 mg on otettu juuri ennen nukkumaanmenoa ja annostelun jälkeen on nukkunut yhtäjaksoisesti 8 tuntia (Monti ym. 2017).

### **Tsopikloni versus eräät muut unilääkkeet**

Vaikka edellä todettiin, että tsopiklonin kohdalla rebound-unettomuus on harvinaista, on sen esiintyminen kuitenkin yleisempää pitkäaikaisen, primaarisen unettomuuden hoidossa tsopiklonia käyttävillä kuin tsopideemia



käytävillä (Tsutsui 2001). Yleisesti ottaen rebound-unettomuus on todennäköisempää käytettäessä unilääkkeitä, joilla on lyhyt puoliintumisaika ja käytettäessä tavanomaisia suurempia lääkannoksia (Roeh ja Roth 2012). On myös havaittu, että tsopikloni ja tsolpideemi ovat teholtaan samanarvoisia kroonisen primaarisen unettomuuden hoidossa, mutta tsopikloni aiheuttaa useammin haittavaikutuksia kuin tsolpideemi (45,3 % vs. 31,3 %) (Tsutsui 2001). Mutta tsopiklonilla on osoitettu olevan vähäisemmät vaikutukset terveiden aikuisten kognitioihin kuin tsolpideemilla (Stranks ja Crowe 2014). Suositelluilla annoksilla tsopikloni ja tsolpideemi ovat nukahtamislääkkeinä yhtä tehokkaita, mutta tsopikloni lisää kokonaisuniaikaa tsolpideemia enemmän (Monti ym. 2017). Kuten edellä jo todettiin verrattaessa keskenään näiden lääkkeiden vaikutusta autolla ajokykyyn, on voitu todeta, että tsopikloni saattaa heikentää seuraavan päivän ajokykyä jo suositelluilla annoksilla toisin kuin tsolpideemi (Gunja 2013b).

Verrattaessa keskenään tsopiklonia ja betsodiatsepiineja tiedetään, että vieroitusoireiden ja riippuvuuden kehittyminen on selvästi harvinaisempaa tsopiklonia kuin bentsodiatsepiineja käytävillä (Hajak ym. 2003, Terzano ym. 2003). Useimpiin bentsodiatsepiineihin verrattuna tsopiklonilla on lyhyemmät puoliintumis- ja vaikutusajat sekä vähäisemmät vaikutukset psykomotoriikan, muistin ja kognitioiden heikkenemiseen. Tsopiklonin on myös osoitettu heikentävän unen aikana tapahtuvaa muistin vahvistumista (Silva ym. 2003) sekä unilääkitystä seuraavan aamun aikaista verbaalista muistia sekä työmuistia (Stranks ja Crowe 2014). Lisäksi on todettu tsopiklonin normaalin annoksen, 7,5 milligramman, heikentäneen yksilön psykomotorisia taitoja yli 6 tunnin ajan (Paul ym. 2003). Z-lääkkeet muuttavat unen rakennetta bentsodiatsepiineja vähemmän (Wagner ja Wagner 2000, Gunja 2013a).

Yhteenvetona voidaan todeta, että unettomuuden hoidossa käytettävät sekä bentsodiatsepiinit että bentsodiatsepiinien kaltaisesti vaikuttavat lääkeaineet ovat tehokkaita pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa, mutta jälkimmäisten on havaittu olevan bentsodiatsepiineja turvallisempia vähäisempien haittavaikutustensa vuoksi (Buscemi ym. 2007). Mutta toisaalta eräässä tutkimuksessa todettiin, että potilaiden kokemissa bentsodiatsepiinien ja Z-lääkkeiden tehossa ja haittavaikutuksissa, kuten vieroitusoireissa ja riippuvuudessa, ei ollut merkittäviä eroja (Siriwardena ym. 2008).

#### **2.6.2.4 Mirtatsapiini, muut sedatiiviset masennuslääkkeet ja unettomuuden muut lääkkeet**

Vuoden 2008 Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että sedatiivisia masennuslääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisen unettomuuden hoitoon lyhentämään nukahtamisaikaa ja vähentämään yöllistä heräilyä. Tällöin lääkeannokset ovat kuitenkin selvästi pienempiä kuin masennusta hoidettaessa. Esimerkiksi mirtatsapiinia unilääkkeenä käytettäessä on

suositeltu annos 3,75-7,5 mg, kun masennuksen hoidossa se on vähintään 15 mg. Mirtatsapiinin sedatiivinen vaikutus välittyy  $H_1$ -reseptorin kautta, jonka antagonisti mirtatsapiini on (Vande Griend ja Anderson 2012).

Suomessa markkinoilla olevilla mirtatsapiinivalmisteilla ei ole valmisteyhteenvetojen, päiväykset 27.6.2013-4.6.2014, mukaan muuta käyttöaihetta kuin masennustilojen hoito (Fimea 2015b). Sen sijaan valmisteyhteenvetojen Haittavaikutukset-kohdassa, hyvin yleiset haittavaikutukset ( $\geq 1/10$ ), on maininta mirtatsapiinin aiheuttamasta uneliaisuudesta ja sedaatiosta sekä kohdassa yleiset haittavaikutukset ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) maininta mirtatsapiinin aiheuttamasta horroksesta ja väsymyksestä, mutta myös sen aiheuttamasta unettomuudesta. Lisäksi kyseessä oleva lääkeaine voi valmisteyhteenvedon mukaan aiheuttaa melko harvinaisena haittavaikutuksena ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ) levottomat jalat -oireyhtymän.

Mirtatsapiinin on todettu tulevan kyseeseen ensisijaisena vaihtoehtona unettomuuden hoidossa sellaisissa tapauksissa, kun masennukseen liittyy unettomuutta ja lisäksi toivotaan painon nousua (Vande Griend ja Anderson 2012). Sen onkin todettu olevan hyödyllinen etenkin sellaisen vakavan masennuksen hoidossa, johon liittyy unettomuutta (Versiani ym. 2005, Dolder ym. 2012).

Masennuslääkkeiden käytöstä unettomuuden hoidossa löytyy muutamia tieteellisiä tutkimuksia (Wiegand 2008). On todettu, että sedatiivisista masennuslääkkeistä ainakin doksepiinia, mirtatsapiinia, tratsodonia ja trimipramiinia voidaan käyttää erityisesti sellaisen unettomuuden hoidossa, johon liittyy mielialan laskua ilman selvää masennusta tai unettomalla on taustalla aikaisemmin sairastettu masennus.

Eräs syy siihen, miksi masennuslääkkeisiin turvaudutaan unettomuuden hoidossa, vaikka niiden käyttö unettomuuteen ei ole saanut vankkaa tieteellistä tukea, johtunee siitä syystä, että nykyiset ohjeet rajoittavat varsinaisten unilääkkeiden käytön ainoastaan lyhytaikaiseksi (Wiegand 2008). Masennuslääkkeiden pitkäaikaisesta käytöstä masennuksen hoidossa sen sijaan löytyy tieteellistä näyttöä. Lisäksi masennuslääkkeitä pidetään varsinaisia unilääkkeitä turvallisempina. Onkin todettu, että vankan tieteellisen näytön sijaan unettomia hoitavat lääkärit perustavat masennuslääkkeiden käytön ainakin osittain omiin havaintoihinsa ja uskomuksiinsa.

On myös esitetty, että sedatiivisia masennuslääkkeitä ei voida pitää ensisijaisina lääkkeinä unettomuuden hoidossa muun muassa tutkimustiedon puutteen vuoksi (Vande Griend ja Anderson 2012). Silloin kun niitä käytetään, tulisi käytön olla lyhytaikaista ja annoksien pieniä. Sedatiivisista masennuslääkkeistä on todettu, että niiden käyttöä tulisi harkita tapauksissa, joissa perinteiset unilääkkeet eivät tehoa tai niitä ei voida käyttää esimerkiksi merkittävän väärinkäyttötodennäköisyyden vuoksi tai henkilöllä on unettomuuden lisäksi ahdistuneisuutta tai masennusta. Lisäksi tiedetään, että tavanomaiset bentsodiatsepiinit ja Z-lääkkeet ovat masennuslääkkeitä

merkittävästi tehokkaampia primaarisen unettomuuden nukahtamisongelmissa (Winkler ym. 2014). Mutta toisaalta päivitetystä unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa (2015) todetaan, että sedatiiviset masennuslääkkeet, doksepiini, trimipramiini, mirtatsapiini ja tratsodoni, ovat ” *ilmeisesti tehokkaita primaarin unettomuuden hoidossa*”.

Ainostaan pieniannoksisesta (<10 mg) doksepiinista löytyy selvää näyttöä unettomuuden hoidossa, myös pidempiaikaisesta käytöstä (Vande Griend ja Anderson 2012, Yeung ym. 2015). Sitä ei kuitenkaan suositella ensisijaisena hoitona. Pieniannoksisesta doksepiinista tiedetään, että se on hyödyllinen ainakin sellaisen unettomuuden hoidossa, johon liittyy yöllisiä heräämisiä (Roeh ja Roth 2012). Sen sijaan sen teho nukahtamislääkkeenä on vähäinen (Yeung ym. 2015). Lisäksi vaikuttaa siltä, että etenkin tratsodonia ja doksepiinia voitaisiin käyttää pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa (Buscemi ym. 2007). Mutta toisaalta on myös todettu, että tratsodonia voidaan käyttää vain lyhytaikaisesti unettomuutta hoidettaessa (Vande Griend ja Anderson 2012), sillä sen sedatiivisen vaikutuksen on väitetty häviävän pitkäaikaisessa käytössä. Uutena lääkkeenä kroonisen, primaarisen unettomuuden hoidossa on tutkittu esmirtatsapiinia (Ivgy-May ym. 2015). Kahden viikon yhtäjaksoisen käytön todettiin muun muassa lyhentäneen nukahtamisaikaa ja lisänneen kokonaisuniaikaa.

Psykoosilääkkeiden käytöstä unettomuuden hoidossa Käypä hoito -suosituksessa (2008) todetaan, että niitä tulisi käyttää sekundaariseen, psykoottistasoiseen perussairauteen liittyvän unettomuuden hoitoon. Hydroksitsiini-antihistamiinia ei suositella unettomuuden hoidossa, ja etenkin sen pitkäaikaista käyttöä tulisi välttää. Valeriaanasta (*Valeriana officinalis*) suosituksessa todetaan, että sitä on turvallista käyttää, mutta se on heikko teholtaan. Valeriaanavalmistetta käytetään yleisesti unettomuuden hoidossa, mutta sen tehosta ei ole vankkaa tieteellistä näyttöä (Bent ym. 2006, Taibi ym. 2007, Fernández-San-Martín ym. 2010).

#### **2.6.2.5 Melatoniini**

Melatoniinista Käypä hoito -suosituksessa (2008) todetaan, että se on tehokas, nukahtamista helpottava lääke muun muassa pitkäaikaiseen, primaariseen unettomuuteen. Melatoniinia käytetään etenkin iäkkäiden unettomuuden hoidossa, mutta myös primaarisen ja sekundaarisen unettomuuden hoitoon sekä vuorotyöhön, aikaeroon ja myöhästyneeseen unijaksoon liittyvässä unettomuuden hoidossa (Cardinali ym. 2012).

Tämän vaikutukseltaan unta edistävän ja vuorokausirytmiiä säätelevän, lähinnä aivojen käpyrauhanen erittämän, ei-sedatiivisen hormonin suosiminen unettomuuden hoidossa perustuu muun muassa sen vähäisiin haittavaikutuksiin (Lemoine ym. 2007, Srinivasan ym. 2009, Cardinali ym. 2012). Aivoissa tapahtuvan melatoniinituotannon tiedetään vähenevän iän myötä (Leger ym. 2004). Lisäksi on todettu, että keski-ikäisillä unettomilla ja

sitä vanhemmalla unettomalla väestöllä aivojen melatoniinipitoisuus on alhaisempi kuin samanikäisillä henkilöillä, joilla ei ole unettomuutta.

Koska melatoniinilla on lyhyt eliminaation puoliintumisaika, alle puoli tuntia, on melatoniinista kehitetty muun muassa pitkävaikutteinen niin sanottu depot-valmiste (Cardinali ym. 2012). Suomessa markkinoilla on ollut yksi pitkävaikutteinen tehdasvalmiste, kauppanimellä Circadin® 2 mg. Sen on tutkimuksessa osoitettu parantavan unenlaatua ja lisäävän aamupirteyttä 55 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla primaarisesti unettomilla henkilöillä (Lemoine ym. 2007). Tutkimuksissa on todettu, että pitkävaikutteinen melatoniinivalmiste ei aiheuta lääkityksen lopettamisen jälkeen vieroitusoireita eikä rebound-unettomuutta (Lemoine ym. 2007, Wade ym. 2010). Lisäksi valmisteen ei ole todettu huonontaneen seuraavan päivän aikaista muistia, ajokykyä tai psykomotorisia toimintoja (Otmani ym. 2008). Pitkävaikutteisen melatoniinivalmisteen on osoitettu säilyttäneen tehonsa iäkkäillä primaarisesti unettomilla kuuden kuukauden ajan (Wade ym. 2010).

### **2.6.2.6 Tulevaisuuden unilääkkeet**

Tulevaisuuden unilääkkeet hyödyntänevät aivojen oreksiinijärjestelmiä. Oreksiinit ovat aivoissa esiintyviä peptidejä, jotka osallistuvat yksilön univalverytmin säätelyyn (Brisbare-Roch ym. 2007). Eläinkokeiden perusteella on voitu todeta, että aivojen oreksiinireseptoreiden antagonistit antoivat luonnollisemman unen kuin aivojen GABA<sub>A</sub>-reseptoreiden modulaattorit (Gotter ym. 2014). Ensimmäinen kaupallinen oreksiinireseptoriantagonisti unettomuuden hoitoon on Yhdysvaltain markkinoilla oleva suvoreksantti (Howland 2014). Tutkimuksen mukaan suvoreksantin päivittäinen käyttö kolmen kuukauden ajan vaikutti myönteisesti unettomien nukahtamis- ja kokonaisuniaikaan ilman merkittäviä haittavaikutuksia (Herring ym. 2016).

### **2.6.2.7 Unilääkkeiden käyttö ja kulutus Suomessa vuosina 1990-2013**

Unilääkkeiden (ATC-luokka N05C) käyttö Suomessa on ollut runsasta, sillä esimerkiksi vuonna 2013 korvauksia unilääkkeistä sai 282 485 henkilöä (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014). Vastaavana aikana korvauksia sai esimerkiksi yhtä moni henkilö kilpirauhasen vajaatoimintaan käytettävästä tyroksiinista ja yhtä moni diabeetikko oli oikeutettu erityiskorvattaviin lääkkeisiin erityiskorvausnumerolla 103 (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014). Unilääkkeiden käyttäjiä on ollut kuitenkin tätä edellä esitettyä lukua enemmän, sillä osa unilääkkeistä on korvattavuuden ulkopuolella, kuten esimerkiksi sopimusvalmisteiset melatoniinivalmisteet, ja unilääkkeitä koskevasta kulutustilastosta puuttuu esimerkiksi oksatsepaami (ATC-luokka N05B), jota vuoden 2008 Käypä hoito -suosituksen ja tutkimuksen tekijän tekemien havaintojen mukaan käytetään myös unilääkkeenä.

Edellä Unettomuuden esiintyminen -kohdassa esitettyjen AVTK-tutkimusten mukaan työikäisen suomalaisväestön itseilmoittama unilääkkeen käyttö oli pysynyt melko vakiona vuosina 2010-2014 (Helakorpi ym. 2011, 2012, Helldán ym. 2013a, 2013b, 2015). Sillä tutkimushetkellä viimeksi kuluneen viikon aikana oli unilääkkeitä käyttänyt vastaajista tutkimusvuodesta riippuen 5,0-5,7 % kyselyihin vastaajista. Vastaavasti samaisissa tutkimuksissa esimerkiksi yskänlääkettä ilmoitti käyttäneensä tutkimusvuodesta riippuen 2,7-4,0 % ja päänsärkylääkettä 33,6-35,2 % kyselyihin vastaajista.

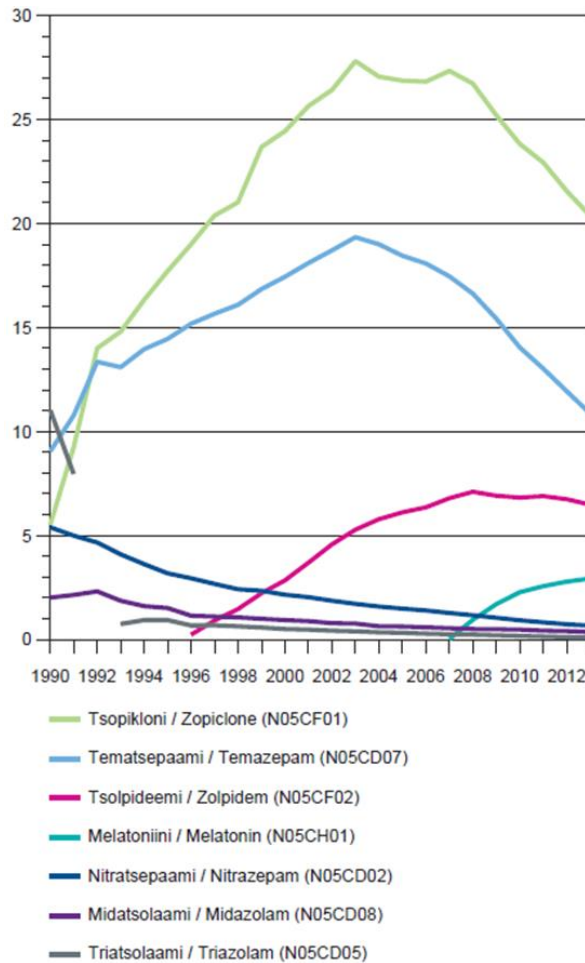
Koska kaikki unilääkkeet eivät ole korvattavuuden piirissä, unilääkkeiden todellista käyttöä ilmaiseekin paremmin lääkkeiden kulutusta kuvaava tilastollinen luku, jonka yksikkönä käytetään määriteltyä vuorokausiannosta eli DDD:tä (Defined Daily Dose). Määritelty vuorokausiannos on lääkkeen tyypillinen vuorokausiannos silloin, kun lääkettä käytetään aikuiselle pääkäyttöaiheeseensa (Martikainen 2008). Kulutettu lääkemäärä ilmoitetaan

tavallisimmin määriteltynä vuorokausiannoksina tuhatta asukasta ja vuorokautta kohden eli DDD/1000 as/vrk.

Kun tarkastellaan unilääkkeiden käyttöä kulutustietojen avulla pidemmältä ajanjaksolta, voidaan todeta, että yleisempien unilääkkeiden kulutus on usean vuoden kasvun jälkeen lähtenyt laskuun. Unilääkkeiden (ATC-luokka N05C) kulutus lähes kolminkertaistui 30 vuodessa 1970-luvulta 2000-luvulle (Kronholm ym. 2008).

Unilääkkeiden kulutus kasvoi vielä 1990-luvulla ja 2000-luvun alkupuolella seuraavasti: esimerkiksi vuonna 1993 suomalaisten unilääkekulutus (N05C) oli 36,50 DDD/1000 as/vrk (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 1994), vuonna 1998 43,71 DDD/1000 as/vrk (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2001) ja viisi vuotta myöhemmin eli vuonna 2003 jo 55,87 DDD/1000 as/vrk (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2004). Mutta vuonna 2005 kulutus oli 54,44 DDD/1000 as/vrk (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2006), vuonna 2007 53,81 ja vuonna 2009 vastaavasti 49,81 DDD/1000 as/vrk (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2010). Tämä sama suuntaus on edelleen jatkunut, sillä vuonna 2013 kulutus oli 42,12 DDD/1000 as/vrk (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014). Tästä edellä mainitusta unilääkekulutuksesta temasepaamin kulutusta oli 10,86 DDD/1000 as/vrk ja tsopiklonin 20,37 DDD/1000 as/vrk. Nämä kaksi lääkeainetta olivat unilääkekulutustietojen mukaan Suomen yleisimmin käytetyt unilääkkeet vuonna 2013 (FIMEA 2015c).

Vuoden 2015 Suomen lääketilaston mukaan perinteisten unilääkkeiden kulutuskehitys on edelleen jatkunut samansuuntaisena (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2016). Esimerkiksi molempien käytetyimpien unilääkkeiden tsopiklonin ja temasepaamin kulutukset ovat vähentyneet noin 10 %:lla vuodesta 2014.



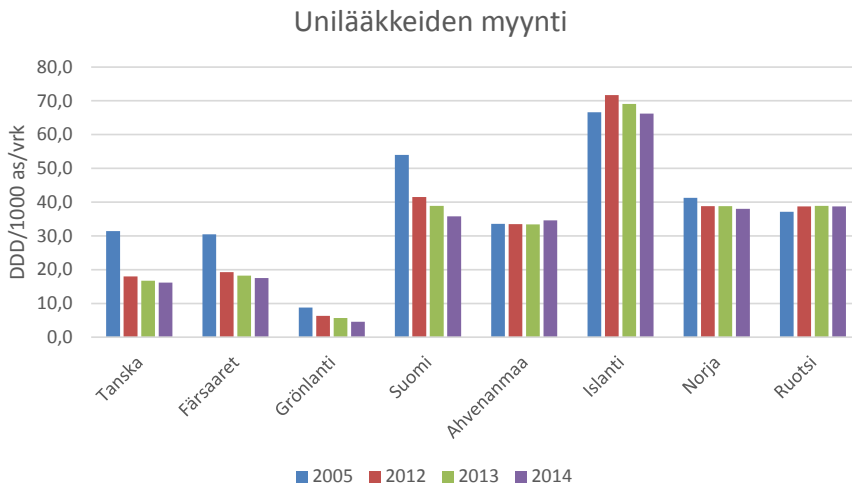
**Kuva 3** Yleisimpien unilääkkeiden kulutus (DDD/1 000 as/vrk) Suomessa vuosina 1990–2013 (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014 s. 313)

Huomioitavaa unilääkkeiden kulutuksen vähenemisessä on se, että unilääkkeiden kulutus on alkanut laskea jo ennen kuin ensimmäinen unettomuuden Käypä hoito -suositus julkaistiin elokuussa vuonna 2008. Kuva 3 esittää yleisimpien unilääkkeiden kulutuksen kehittymistä vuosina 1990–2013 (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014 s. 313). Kuvassa huomioitavaa on, että viime vuosina melatoniniin kulutus on lisääntynyt muiden unilääkkeiden kulutuksen samanaikaisesti vähentyessä.

### 2.6.2.8 Unilääkkeiden myyntivertailu Pohjoismaiden välillä

Kun verrataan unilääkkeiden (N05C) myyntilukuja eri Pohjoismaiden välillä, havaitaan selviä eroja. Esimerkiksi Tanskassa on vuosina 2005-2013 myyty unilääkkeitä selvästi vähemmän asukaslukuun nähden kuin Suomessa. Vastaavasti Islannissa on samaisena ajanjaksona unilääkkeiden myynti ollut selvästi Suomea runsaampaa. Sen sijaan Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa unilääkkeiden myynti asukaslukuun suhteutettuna oli hyvin samansuuruista vuonna 2013. Näiden maiden välillä oli kuitenkin eroja siinä, mitä unilääkkeitä on myyty. Suomessa on myyty asukaslukuun suhteutettuna selvästi enemmän bentsodiatsepiinijohdannaisia, joita ovat esimerkiksi tematsepaami ja nitratsepaami, kuin Ruotsissa ja Norjassa. Ruotsissa ja Norjassa on vastaavasti myyty enemmän bentsodiatsepiinien kaltaisia lääkeaineita, joita ovat esimerkiksi tsopikloni ja tsolpideemi. (Nordic Medico-Statistical Committee 2015 s. 147). Kuvassa 4 on esitetty eri Pohjoismaiden unilääkemyyntiä vuosina 2005, 2012, 2013 ja 2014.

Myös muualla Euroopassa on eroja eri maiden välillä unettomuuteen käytettävän lääkityksen suhteen (Ohayon ja Reynolds 2009). Unettomuutta lääkittiin useammin Italiassa, Espanjassa ja Portugalissa kuin esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Saksassa. Kaikissa näissä maissa unilääkitys lisääntyi iän myötä ja oli naisilla yleisempää kuin miehillä.



**Kuva 4** Unilääkkeiden (ATC-luokka N05C) myynti (DDD/1 000 as/vrk) Pohjoismaissa (Nordic Medico-Statistical Committee 2015 s. 147)



### **2.6.3 MUITA HOITOJA**

Unettomien on todettu hoitavan unettomuuttaan myös täydentävillä ja vaihtoehtoisilla menetelmillä (Pearson ym. 2006). Tällaisia menetelmiä ovat muun muassa akupunktio, homeopatia, rohdosvalmisteet, erilaiset dieetit ja ravintolisähoidot, hierontaterapiat, hypnoosi, meditaatio ja jooga. Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan väestö hyödynsi unettomuuden vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä eniten biologisia hoitoja sekä kehon ja mielen terapioita. Erityisesti rohdosvalmisteet ja erilaiset rentoutumismenetelmät koettiin hyödyllisinä.

## **2.7 UNILÄÄKKEET – ERITYISLÄÄKKEITÄ APTEEKIN NÄKÖKULMASTA**

Unilääkkeet ovat farmasistien erityisen huomion kohteena tavanomaisiin lääkkeisiin, kuten esimerkiksi antibiootteihin ja tulehduskipulääkkeisiin, verrattuna. Tämä johtuu muun muassa siitä syystä, että unilääkkeinä käytettävät bentsodiatsepiinit ja bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavat tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni kuuluvat PKV- eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin, joiden apteekista toimittamiseen liittyy erinäisiä ohjeita ja lisämääräyksiä. Lisäksi kaikki unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa mainitut bentsodiatsepiinit ja tsolpideemi kuuluvat Valtioneuvoston asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008) liitteen II, Psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen lista IV:n, mukaisiin aineisiin.

### **2.7.1 FIMEAN MÄÄRÄYS 5/2011**

Lääkkeitä apteekista toimitettaessa tulee farmaseutin ja proviisorin noudattaa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen eli Fimean määräystä 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen (Fimea 2011). Tämä määräys perustuu lääkelakiin (395/1987) ja lääkeasetukseen (693/1987) sekä näihin myöhemmin tehtyihin muutoksiin ja lisäyksiin.

Sen lisäksi, että PKV-lääkkeitä asiakkaalle toimitettaessa farmasistin tulee noudattaa yleisesti lääkkeiden toimittamiseen liittyviä määräyksiä, tulee hänen noudattaa myös Lääkkeiden toimittaminen -määräyksessä olevia erinäisiä PKV-lääkkeisiin liittyviä sekä näiden lääkkeiden toimittamiseen soveltuvia määräyksen kohtia. Seuraavaan luetteloon on kerätty erityisesti PKV-lääkkeitä koskevia Lääkkeiden toimittaminen -määräyksen kohtia (Fimea 2011).

- Pitkäaikaisen lääkityksen kyseessä ollessa apteekki voi toimittaa enintään kuukauden hoitoa vastaavan PKV-lääkemäärän asiakkaalle keskeytymättömän lääkehoidon turvaamiseksi silloin, kun lääkemääräyksen vanhenemispäivästä on kulunut enintään yksi kuukausi ja kyseistä lääkevalmistetta on lääkemääräyksessä jäljellä. Jos PKV-lääkkeen pienin markkinoilla oleva pakkauskoko vastaa yli kuukauden hoitoa, ei sitä voida toimittaa jakamattomana toisin kuin tavanomaiset lääkevalmisteet, jotka voidaan toimittaa kokonaisina pakkauksina, mikäli lääkemääräyksessä on jäljellä toimitettavaa pakkausta vastaava lääkemäärä. Toisaalta määräyksessä todetaan, että *"Lääkevalmiste toimitetaan jakamattomana myyntipakkauksena, ellei sen jakamiseen ole erityistä syytä..."*.
- Apteekissa tulee kiinnittää erityistä huomiota lääkemääräyksen ja muiden lääkemääräyksen toimittamiseen liittyvien asiakirjojen oikeellisuuteen toimitettaessa väärinkäyttöön soveltuvaa lääkevalmistetta.
- Farmasisti ei saa toimittaa lääkemääräystä ennen kuin on oltu yhteydessä lääkkeen määränneeseen lääkäriin lääkemääräyksen oikeellisuuden ja lääkkeen oikean käytön varmistamiseksi, mikäli lääkemääräystä epäillään väärennetyksi, lääkäriä harhaan johdetuksi tai epäiltäessä lääkettä väärinkäytettävän.
- Farmasistin tulee ottaa yhteyttä lääkkeen määränneeseen lääkäriin, mikäli epäilee, ettei lääkkeen määrääjä noudata lääkkeen määräämisestä annettuja säädöksiä tai lääkkeen määrääminen ei ole asianmukaista. Mikäli toiminta jatkuu muuttumattomana, tulee farmasistin ottaa yhteyttä esimerkiksi Valviraan.
- Pitkäaikaiseen sairaudenhoitoon määrättyä PKV-valmistetta ei voida vaihtaa vaihtokelpoisen valmisteen erikokoiseen pakkaukseen, vaikka pakkauskoko ei merkittävästi poikkeaisi määrätyn valmisteen pakkauskoota.
- PKV-lääkevalmisteita ei saa toimittaa lääkemääräyksessä ilmoitettua suurempaa määrää.
- Lääkäri voi määrätä PKV-lääkkeitä puhelimitse enintään pienimmän pakkauskoon.
- Lääkäri voi määrätä PKV-lääkkeitä faksi-lääkemääräyksellä enintään pienimmän pakkauskoon, ja tämä lääkemääräys voidaan iteroida.
- PKV-lääkemääräystä ei voi uusia puhelimitse.
- Lääkkeen käyttäjä ohjataan lääkkeen määrääjän vastaanotolle, jos sähköisen lääkemääräyksen uudistamista apteekin välityksellä ei voida pitää lääkkeen oikean ja turvallisen käytön kannalta tarkoituksenmukaisena.
- Matkustettaessa Schengen-alueella voi apteekki antaa Suomessa pysyvästi asuvalle matkustajalle niin sanotun Schengen-todistuksen PKV-lääkevalmisteen mukana kuljettamiseksi.
- Apteekin tulee kiinnittää erityistä huomiota lääkejätteen mahdolliseen väärinkäyttöön.

(Lähde: Fimean määräys 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen)

### **2.7.2 APTEEKKARILIITON TIEDOTTEET**

Fimean Lääkkeiden toimittaminen -määräyksen (5/2011) lisäksi Suomen Apteekkariliitto on ohjeistanut apteekkeja vuosien varrella PKV-lääkkeistä farmaseuttisissa tiedotteissaan. Esimerkiksi farmaseuttisessa tiedotteessa 21/2002 vuodelta 2002 todetaan, että lääkärin hoitosuunnitelman tukemiseksi ja suurten lääke-erien estämiseksi joutumasta väärinkäyttöön, tulee iteroidun PKV-lääkereseptin seuraava lääke-erä toimittaa vasta, kun edellinen on käytetty kokonaan loppuun (SALnet-tietokanta 2014a). Vuonna 2004 Apteekkariliitosta lähetettiin tiedote, jossa apteekkeja pyydettiin huomioimaan yleistyneet PKV-lääkkeisiin liittyvät väärinkäytökset (SALnet-tietokanta 2014b). Apteekkien PKV-lääkkeiden varastointia kehoitettiin pohtimaan vuonna 2008 (SALnet-tietokanta 2014c), ja PKV-lääkkeiden toimitusvälien seuraamiseen Apteekkariliitto otti kantaa samaisena vuonna (SALnet-tietokanta 2014d). Tällöin farmaseuttisessa tiedotteessa annettiin ohjeita iteroitujen PKV-lääkeresepien ja midatsolaamia sisältävien lääkeresepien toimittamisesta. Lisäksi samaisessa tiedotteessa todettiin seuraavasti: *”Muu PKV-lääkkeiden toimitusvälien seuranta on mahdollista väärinkäytösten estämiseksi ja hoidon tueksi. Päihdehuollon toimijat arvostavat suuresti apteekkien toimintaa lääkkeiden päihdekäytön ehkäisemisessä.”*

### **2.7.3 APTEEKKISOPIMUS**

Monen apteekin arkea ovat nykyään niin sanotut apteekkisopimusasiakkaat. Apteekkisopimuksella lääkäri ja potilas sopivat kirjallisesti, että potilas sitoutuu vain yhden lääkärin tai hoitopaikan PKV-lääkehoitoon sekä käyttää vain yhtä valitsemaansa apteekkia hankkiessaan PKV-lääkkeitä tai muita sopimukseen kuuluvia lääkkeitä (Holopainen ym. 2005, Mäenpää ym. 2006). Samalla potilas sitoutuu siihen, että hänen valitsemansa apteekki saa välittää tietoja hänen tilanteestaan hoitavalle lääkärille ja että tämä apteekki tiedottaa muille apteekkeille hänen apteekkisopimuksestaan. Tällöin muut apteekit eivät toimita potilaalle apteekkisopimukseen kuuluvia lääkkeitä. Lisäksi apteekkisopimusasiakkaiden sopimukseen kuuluvien lääkkeiden reseptit säilytetään poikkeuksellisesti apteekissa. Poikkeuksellista on myös se, että apteekkisopimusasiakkaan tulee noutaa sopimuslääkkeensä apteekista henkilökohtaisesti ja että hänen tulee esittää henkilötodistus hakiessaan sopimuslääkkeitään.

#### **2.7.4 KELAN SEURANTA**

Kansaneläkelaitos eli Kela ei seuraa erityisesti potilaiden PKV-lääkeostoja, vaan seurantaan kuuluvat kaikki valmisteet, joista potilaat saavat sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia (suullinen tiedonanto 13.5.2015 Mari Rajamäki). Mutta Kelan niin sanotuille seurantalistoilta päätyneistä asiakkaista noin 90 % käyttää väärinkäyttöön soveltuvia valmisteita.

Kelan harjoittama lääkeostojen seuranta perustuu sairausvakuutuslain (1224/2004) kahteen pykälään. Lain 1 §:ssä todetaan, että vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista. Toisaalta lain 3 §:ssä todetaan, että Kela seuraa ja valvoo sairausvakuutuslain noudattamista ja toteuttamista.

Apteekissa lääkkeiden liiallinen käyttö, joka koskee tavanomaisesti juuri PKV-lääkkeitä, havaitaan muun muassa asiakkaan Kela-kortissa olevasta KT-merkinnästä. Tällöin asiakkaan tulee itse hakea lääkkeitä saatava sairausvakuutuskorvaus Kelan toimistosta (Apteekkien SV-ohjeet 2017), vaikka yleensä se pystytään hyvittämään apteekista niin sanottuna suorakorvauksena.

#### **2.7.5 VALVIRAN VALVONTA**

Apteekissa PKV-lääkkeiden erityisyyden havaitsee myös siten, että Valviralta eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta tulee aika-ajoin tiedusteluja erityisesti väärinkäyttöön soveltuvista lääkkeitä. Näissä apteekeille lähetetyissä tiedusteluissa ollaan tavallisesti kiinnostuneita yksittäisille asiakkaille toimitetuista, seurantaa vaativista lääkkeitä, kuten PKV-lääkkeitä, mutta myös yksittäisten lääkkeiden lääkkeenmäärämiskäytännöistä koskien erityisesti väärinkäyttöön soveltuvia valmisteita.

## 3 LÄÄKENEUVONTA APTEEKEISSA

### 3.1 SUOMALAISTEN APTEEKKIEN LÄÄKENEUVONNAN LYHYT HISTORIA

Aina 1980-luvun alkuun asti lääkeneuvonta ei kuulunut Suomessa apteekin tehtäviin. Silloisen lain mukaan apteekista sai antaa tietoa lääkkeistä vain siinä tapauksessa, että asiakas sitä itse pyysi ja silloinkin ainoastaan yleisellä tasolla (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 14-15, Vainio 2004 s. 32). Vuonna 1983 apteekit kuitenkin veloitettiin lakisääteisesti osallistumaan lääkeneuvontaan.

Jos lääkeneuvonta ei kuulunut aiemmin apteekin asiakaspalvelun rutiineihin, ei sitä myöskään opinto-oppaiden mukaan tuleville farmaseuteille ja proviisoreille yliopistossa opetettu. Esimerkiksi Helsingin yliopistossa 1960-luvun lopulla farmaseutin tutkintoon kuuluivat seuraavat oppiaineet: farmaseuttinen kemia, farmakognosia, farmasian teknologia, farmakologia ja toksikologia, sterilointitekniikka, kemia, kasvitiede sekä kurssit hinnoitteluopissa, farmaseuttisessa lainsäädännössä ja latinan kielessä (Farmasian opinto-opas 1968, Farmasian opinto-opas 1969).

Sosiaalifarmasian opetus alkoi Helsingin yliopistossa vuonna 1970 (Farmasian opinnot 1971-1972), ja siitä tuli vuodesta 1973 lähtien, farmaseutin tutkintovaatimukset asetuksen (525/1973) myötä, osa farmaseuttien koulutusta (Farmasian opinto-opas 1979-1980). Asiakaspalvelua Helsingin yliopistossa alettiin opiskella 1970-luvulla 8 tuntia luentojen muodossa (Farmasian opinto-opas 1976-1977, Farmasian opinto-opas 1977-1978, Farmasian opinto-opas 1978-1979). Varsinaista lääkeneuvontaan liittyvää peruskoulutusta on annettu tuleville farmasisteille 1980-luvun puolivälistä lähtien (Airaksinen ja Peura 2011 s. 44-45).

Vuoden 1994 asetus farmasian tutkinnoista (246/1994) velvoittaa farmaseutin tutkintoon kuuluvaan koulutukseen sisällytettävän opintoja, jotka antavat farmasian opiskelijalle valmiudet *”neuvontaan asiakkaalle määrättyjen ja itsehoitoon kuuluvassa lääkkeiden käytössä”* (Farmasian opinto-opas 2001-2002). Farmasian opintoihin asiakaspalvelu näyttötentteineen tuli oppiaineeksi esimerkiksi Helsingin yliopiston tuleville farmasisteille 1990-luvun lopussa (sähköpostitiedonanto 5.8.2014 Marika Pohjanoksa-Mäntylä). Vuodesta 2001 lähtien lääkeneuvontaa on opeteltu roolileikkien avulla. Asiakaspalvelutilanneharjoituksissa opiskelijat eläytyvät niin apteekin ammattilaisen kuin asiakkaan rooleihin (Schaafsma ja Airaksinen 2012).

Matemaattis-luonnontieteellisen tiedekunnan Farmasian opinto-oppaissa kurssinimenä lääkeneuvonta-termiä alettiin käyttää 2000-luvun alussa. Vuoden 2001-2002 opinto-oppaassa kurssi 5.3.2. on nimeltään *Asiakaspalvelu ja lääkeneuvonta* (Farmasian opinto-opas 2001-2002).

Oppimateriaalina on Hakkaraisen ja Airaksisen (2001) *Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas*. Vastaava kurssi vuoden 1999-2000 Farmasian opinto-oppaassa on nimeltään *Asiakaspalvelun psykologia* ja oppimateriaalina on Liljan *Läkemedelsinformationen – utifrån samhälls- och beteendevetenskapliga perspektiv* (Farmasian opinto-opas 1999-2000). Näistä kirjoista *Kuuri loppuun!* on selvästi käytännönläheisempi ja yksityiskohtaisempi asiakkaalle annettavan lääkeneuvonnan oppimateriaali. Jäljempänä esitettävän *Tippa*-projektin myötä lääkeneuvonnan opetusta farmasian peruskoulutuksessa on tehostettu ja siitä on tullut monipuolisempaa (Airaksinen ja Peura 2011 s. 44-45).

Vaikka lainsäädäntö vuodelta 1983 edellytti, että apteekissa tuli neuvoa lääkkeiden käyttöä, ei muutos lääkkeiden toimittajista ja niiden valmistajista lääkeneuvojiksi ole tapahtunut nopeasti, itsestään selvästi, ilman ponnisteluja ja kitkaa (Katajavuori ym. 2002, Savela 2003, Vainio 2004 s. 20-24). Esimerkiksi Kirsti Bult (2006 s. 41) toteaa *Nähdään Farmasiapäivillä* -kirjassaan, että kun lääkeinformaatioon liittyvät pelisäännöt, joilla pyrittiin selkeyttämään lääkäreiden ja apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan roolia lääkeneuvonnassa, julkaistiin vuonna 1986 Apteekkarilehdessä, Seminassa ja Suomen Lääkärilehdessä, ei Lääkäriliitto näitä pelisääntöjä hyväksynyt. Lääkäriliitossa oltiin sitä mieltä, että lääkeinformaatio kuului edelleen lääkäreille. Toisaalta jäljempänä tässä kirjallisuuskatsauksessa esitettävät, apteekeissa 2000-luvulla tehdyt, haamuasiakastutkimukset paljastavat, että apteekkien lääkeneuvonnassa on vielä parannettavaa niin määrässä kuin laadussakin (Puumalainen ym. 2005a).

### **3.2 LÄÄKENEUVONTAAN LIITTYVÄ LAINSÄÄDÄNTÖ - OIKEUDET JA VELVOLLISUUDET**

Apteekit velvoitettiin vuonna 1983 osallistumaan asiakkaalle annettavaan lääkeneuvontaan (Vainio 2004). Mutta myös potilaalla ja asiakkaalla on oikeus saada lääkeneuvontaa. Tätä oikeutta on turvaamassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tämän lain turvin taataan muun muassa potilaan tiedonsaanti hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä potilaan itsemääräämisoikeus. Toisaalta terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon henkilöstön vastuun lisäksi myös potilaalla on vastuu omasta hoidostaan.

Kun potilaalla ja asiakkaalla on oikeus saada lääkeneuvontaa, niin nykyinen, voimassa oleva lainsäädäntö vastaavasti velvoittaa apteekin farmaseuttisen henkilökunnan sitä antamaan. Jo lääkelain (395/1987) apteekkia koskevassa määritelmässä todetaan, että apteekilla tarkoitetaan ”lääkehuollon toimintayksikköä, jonka toimialaan kuuluvat lääkkeiden vähittäismyynti, jakelu ja valmistus sekä lääkkeisiin liittyvä neuvonta ja palvelutoiminta”. Samaisessa laissa 57 §:ssä itse lääkeneuvonnasta todetaan, että ”Lääkkeitä apteekista ja sivuapteekista toimitettaessa on apteekin

*farmaseuttisen henkilökunnan neuvoilla ja opastuksella pyrittävä varmistumaan siitä, että lääkkeen käyttäjä on selvillä lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä lääkehoidon onnistumisen varmistamiseksi.”*

Edellä esitetyn lisäksi Fimean määräys 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen, kohdassa 4.12 Lääkeneuvonta todetaan, että ”Lääkkeen määräjän ja apteekin tulee yhteistyössä varmistaa, että lääkkeen käyttäjä saa yhdenmukaiset ja kattavat tiedot lääkevalmisteesta. Apteekissa on oltava lääkeneuvonnan tueksi tarvittavat tietolähteet ja valmiudet niiden käyttöön. Apteekissa tulee olla toimintaohje lääkeneuvonnasta, johon sisältyy myös itsehoitolääkkeiden oikean ja turvallisen käytön neuvonta.” ja että ”Farmaseuttiseen asiantuntemukseen perustuvaa lääkeneuvontaa tulee antaa myös apteekin itsehoito- ja palveluvalintaosastoilla.” Lääkeneuvontavelvollisuus koskee myös apteekin palvelupisteitä ja apteekin verkkopalvelun välityksellä toimitettavia lääkkeitä.

Jotta apteekeista saatava lääkeneuvonta olisi laadukasta ja ajantasaista, on apteekkareille lääkelaisissa (395/1987) säädetty velvollisuus huolehtia siitä, että apteekin henkilökunta osallistuu riittävästi täydennyskoulutukseen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) vuorostaan velvoittaa niin farmaseutteja kuin proviisoreitakin ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

### **3.3 TAVOITELTAVA LÄÄKENEUVONTA**

Apteekissa tapahtuvasta lääkeneuvonnasta on todettu, että se voi olla farmaseuttikeskeistä tai asiakaskeskeistä (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s.148-156). Lääkeneuvonnan farmaseuttikeskeisessä muodossa farmaseutti pyrkii antamaan asiakkaalle yleistä, lääkitykseen liittyvää perustietoa. Asiakkaan ei odoteta osallistuvan keskusteluun eikä häntä siihen kannusteta. Tällaisessa lääkeneuvonnan muodossa keskitytään ohjeisiin, joita asiakkaan odotetaan kuuntelevan passiivisesti ja joiden avulla hän kykenee toteuttamaan lääkityksensä oikein. Kyseessä olevasta neuvontamuodosta käytetään myös ilmaisua lääketiedon välittäminen.

Sen sijaan lääkeneuvonnan asiakaskeskeisessä muodossa on kyse siitä, että farmaseutti kohtaa asiakkaan yksilönä, tasa-arvoisena keskustelukumppanina, jonka kanssa käydyn neuvottelun tavoitteena on lisätä asiakkaan ongelmanratkaisutaitoa, auttaa hänen sairautensa hallinnassa ja lääkkeen käytössä (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s.148-157). Asiakaskeskeisessä lääkeneuvonnassa farmaseutti kartoittaa aluksi sen, mitä asiakas tietää entuudestaan hoidostaan ja mitä hän jo osaa. Vasta tämän jälkeen on vuorossa asiakkaan kanssa käytävä, hänen tarpeisiinsa sovitettu keskustelu hoito-ohjeista ja -käytännöistä. Tässä lääkeneuvonnan muodossa kiinnitetään huomiota kysymystekniikkaan, ohjeiden muotoiluun,

konkretisointiin, perustelemiseen ja havainnollistamiseen. Tavoitteena on kannustaa asiakasta ottamaan itse vastuuta hoidostaan ja tukea hänen selviytymistään. Nykykäsityksen mukaan lääkeneuvonnan tulee olla asiakaslähtöistä (Airaksinen ym. 2012).

### 3.3.1 LÄÄKENEUVONTAMALLI

*Kuuri loppuun!* -kirjassa esitetään lääkeneuvonnan 4-vaiheinen, 35-kohtainen prosessimalli, joka perustuu United States Pharmacopeian vastaavaan malliin (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 155, 160-162). Tämä lääkeneuvontamalli sisältää ohjeita neuvonnan aloittamiseen, sisältöön ja lopettamiseen sekä ohjeita viestintäkeinoista. Lääkeneuvonnan sisällöstä kirjassa todetaan, että sen tulisi sisältää asiakkaalle toimitettavasta lääkkeestä muun muassa seuravanlaisia tietoja:

- lääkkeen annostus, lääkkeenoton ajoitus ja hoidon kesto
- lääkkeen vaikutuksen alkamisnopeus
- seuraavan lääke-erän toimitusajankohta
- lääkkeen ohjeenmukaisen käytön hyödyt
- lääkkeen haittavaikutukset ja niiden ehkäiseminen
- lääke-lääke -interaktiot

### 3.3.2 KÄYTÄNNÖN LÄÄKENEUVONTA

Millaista on tavoiteltava, asiakaslähtöinen lääkeneuvonta käytännössä, ja mitä sen tulee sisältää edellä esitetyn lisäksi? Jäljempänä esitettävässä *Tippa*-hankkeen loppuraportissa todetaan hyvästä lääkeneuvonnasta seuraavaa: *”Hyvä lääkeneuvonta perustuu tietoihin lääkkeistä ja lääkehoidoista. Lisäksi tarvitaan taitoa viestiä hoidollisista asioista erilaisten asiakkaiden kanssa. Tärkeää on myös tuntea paikalliset hoitokäytännöt terveydenhuollossa ja mukauttaa oma lääkeneuvonta sitä tukevaksi.”* (Airaksinen ja Peura 2011 s. 29). *Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas* -kirjan mukaan asiakaslähtöinen lääkeneuvonta sisältää muun muassa seuravanlaisia asioita (Hakkarainen ja Airaksinen 2001):



- Tärkeä lähtökohta lääkeneuvonnalle on farmaseutin halu neuvoa asiakasta. (s. 101)
- Farmaseutin tulee toimia asiakkaan parhaaksi siten, että hän ottaa vastuuta asiakkaan hoitotuloksen saavuttamisesta (s.14). Lääkeneuvontatilanteessa asiakkaan ja farmaseutin tulee olla tasavertaisia osallistujia, mutta farmaseutti kuitenkin ohjaa keskustelua ja huolehtii siitä, että asiakkaalla on riittävästi tietotaitoa, jotta hän kykenee huolehtimaan hoidostaan yhteisesti sovituin periaattein. (s.19)
- Farmaseutin tulee ”tunkeutua” asiakkaan yksityisyyteen varmistuakseen siitä, että asiakas osaa käyttää lääkettä asianmukaisesti ja että itsehoitolääkkeen kyseessä ollessa, lääke on asiakkaan vaivoihin sopivaa. (s. 19)
- Farmaseutin tulee hallita hoitokokonaisuudet ja selvittää itselleen ne asiat, jotka asiakkaan on hallittava. (s. 195)
- Mikäli farmaseutti kokee jonkin sairauden ja sen lääkityksen henkilökohtaisesti ongelmallisena, tulee hänen pohtia sitä, miksi jotakin aihetta on vaikeaa käsitellä ja mitä asialle tulisi tehdä. (s. 241)
- Farmaseutin neuvonnassaan käyttämä ilmaisu tulee olla selkeää, täsmällistä, tiivistä, konkreettista ja sen tulee sisältää asioiden muistamista ja ymmärtämistä helpottavia perusteluja. (s. 198, 204-206)
- Asiakkaan huomio kiinnitetään vain muutamaan asiaan, joita farmaseutti pitää hoidon kannalta tärkeimpinä (s.199). Neuvonta tulee rajata hoidon alussa sen olennaisimpiin kohtiin, koska asiakas kykenee harvoin käsittelemään kerralla suurta yksityiskohtien määrää. (s. 203)
- Lääkepakkauksen annostusohje vaatii usein selventämistä. (s. 208)
- Asiakkaalle tulee kertoa lääkkeen todennäköisimmistä haitoista, niiden tunnistamisesta sekä niihin vaikuttamisesta ja reagoimisesta. Mahdollisista haittavaikutuksista kertomatta jättäminen on epäeettistä. Haittavaikutuskeskustelu ei saa kuitenkaan nousta neuvonnan keskeisimmäksi asiaksi. (s.164-165, 208)
- Farmaseutin kannattaa hyödyntää neuvonnassa asiakkaan arvomaailmaa ja ankkuroida neuvonta asiakkaan elämään, jolloin asiakkaan on helpompi muuttaa toimintatapojaan ja ajatuksiaan, mikäli niihin on aihetta. (s. 229)
- Lääkeneuvontaan osallistuva farmaseutti on empaattinen kuuntelija, joka ymmärtää ongelmaa, jota asia koskee (s. 85-91). Ymmärtämisen lisäksi itse empatiaan liittyy toisesta ihmisestä välittäminen, toisen tukeminen sekä tuomitsemattomuus. Empaattinen farmaseutti osaa aidosti tarkastella asioita asiakkaan näkökulmasta ja kokemusmaailmasta käsin. Hän ei tuomitse eikä vähättele asiakkaan huolia, vaan hyväksyy ja arvostaa asiakkaan tunteita.
- Taitava farmaseutti osaa nousta negatiivisten tunteidensa yläpuolelle ja osaa keskittyä itse asiaan silloin, kun jostakin syystä asiakas koetaan ärsyttävänä tai epämiellyttävänä. (s. 86)
- Farmaseutin tulee sanallisen viestinnän lisäksi hallita sanaton viestintä, sillä ilmaisemme tunteita ja käsityksemme keskustelukumppanistamme sanattoman viestinnän avulla. (s. 126)
- Farmaseutti ei voi pakottaa asiakasta lääkeneuvontaan, vaikka lääkeneuvonta on farmaseutin velvollisuus. Farmaseutin tehtäviin kuitenkin kuuluu asiakkaan motivointi lääkeneuvontaan. (s. 244)

(Lähde: Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas, Hakkarainen ja Airaksinen 2001)

*Kuuri loppuun!* -kirjan mukaan lääkeneuvonnassa on onnistuttu, kun 1) asiakkaasta on pidetty huolta, 2) asiaa on selvitetty riittävän pitkälle ja 3) on toimittu hoitosuosituksen, ei asiakkaan oletusten mukaisesti (s.26).

### **3.3.3 APTEEKKIEN LÄÄKENEUVONNAN KEHITTÄMISHANKKEET, FARMASIAN PÄIVÄT JA LÄÄKENEUVONTATUTKIMUKSET SUOMESSA**

Edellä on esitetty lyhyesti, millaista apteekissa annettavan lääkeneuvonnan tulisi nykyäsitäyksen mukaan olla. Seuraavaksi käydään läpi esimerkkejä siitä, mitä apteekkien lääkeneuvonnan tehostamiseksi Suomessa on viime vuosikymmeninä tehty ja miten tätä kehitystä on tutkimuksin seurattu.

#### **3.3.3.1 Kysy lääkkeitä -kampanja**

*Kysy lääkkeitä* -kampanja toteutettiin Suomessa vuosina 1993-1994 (Airaksinen ym. 1998). Kampanjalla pyrittiin parantamaan lääkehoitojen onnistumista. Apteekkien farmaseuttista henkilökuntaa kannustettiin antamaan lääkeneuvontaa ja lääkkeitä käyttäjiä kysymään lääkkeitään. Kampanjan myötä haluttiin muun muassa kiinnittää huomio asiakkaiden tietoisuuteen siitä, miten lääke vaikuttaa, milloin ja miten lääkettä käytetään, kauanko lääkettä on käytettävä, onko lääkkeellä sivuvaikutuksia ja keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.

Apteekeissa annettavaa lääkeneuvontaa tutkittiin havainnoimalla asiakkaiden reseptilääkkeitä saamaa lääkeneuvontaa (Airaksinen ym. 1998, Vainio ym. 2002). Kampanjan tunnettavuutta taas tutkittiin haastattelemalla apteekkien asiakkaita. Tutkimuksessa todettiin muun muassa, että lääkeneuvonnan sisällön kehittämiseksi oli tarvetta. Kampanjan jälkeen apteekeissa annettavaa lääkeneuvontaa seurattiin haamuasiakastutkimuksilla (Airaksinen ja Peura 2011 s. 20).

#### **3.3.3.2 Tippa-projekti**

*Tippa*-hankkeen tavoitteena oli tukea apteekkeja ja sen farmaseuttista henkilökuntaa pitkäaikaisessa muutoksessa lääkeneuvonnan kehittämiseksi (Varunki ym. 2004, Puumalainen 2005c, Kansanaho 2006). Projekti alkoi vuonna 2000, ja se kesti neljä vuotta. Hankkeen taustalla vaikuttivat tutkimustulokset *Kysy lääkkeitä* -kampanjasta ja Suomen Apteekkariliiton vuonna 1998 toteuttamasta haamuasiakastutkimuksesta. Projektin päätavoitteet olivat (Airaksinen ja Peura 2011 s. 22):

1. Lääkkeiden tarkoituksenmukaisen käytön edistäminen farmaseuttisen apteekkihenkilökunnan antaman neuvonnan avulla
2. Itsehoitolääkkeiden tarpeettoman ja väärän käytön vähentäminen
3. Lääkkeiden vääristä käyttötavoista aiheutuvien haittojen ja kustannusten vähentäminen

Käytännön tavoitteena oli, että asiakas saa aina laadullisesti hyvää ja tarkoituksenmukaista neuvontaa lääkkeidensä käytöstä riippumatta siitä, missä apteekissa hän asioi ja kuka apteekin farmasisteista häntä palvelee (Airaksinen ja Peura 2011 s. 37).

Edellä esitettyjen tavoitteiden saavuttamiseksi apteekeissa työskenteleville farmasisteille tuotettiin hankkeen aikana lääkeneuvonnan tueksi erilaisia työkaluja (Varunki ym. 2004, Airaksinen ja Peura 2011 s.4-5). Suullisen lääkeneuvonnan avuksi reseptitoimitustilanteisiin kehitettiin lääkeinformaatiota sisältävä *Tietotippa*-tietokanta. Läkeneuvontataitojen parantamiseksi julkaistiin lääkeneuvonnan opas *Kuuri loppuun!* ja itsehoitotilanteita varten *Apteekin itsehoidon käsikirja osat I ja II*. Lisäksi *Tippa*-hankkeen toteutumisen tueksi koulutettiin kymmenen tutoria, jotka kävivät eri apteekeissa auttamassa lääkeneuvonnan kehittämisessä.

Projektin myötä Suomen Farmasialiiton julkaisema *Semina*-lehti alkoi tarjota jäsenilleen vuodesta 2002 lähtien lääkeneuvontaa tukevaa materiaalia *Asiakas apteekissa* -palstallaan, jossa käsiteltiin erilaisia asiakastapauksia ja niihin liittyviä hoitokäytäntöjä (Suomen Farmasialiitto 2002 s. 16-17). Materiaalituotannon, Internet-linkkikokoelman sekä lyhyt- että pitkäkestoisten koulutusten lisäksi tätä pitkäjänteistä, suunnitelmallista lääkeneuvonnan kehittämistä tuettiin tiedotuksella ja tutkimuksella (Airaksinen ja Peura 2011 s. 5, 22, 47). Projektin vaikutuksia käytännön lääkeneuvontaan seurattiin vuosittaisten haamuasiakastutkimusten avulla.

Kun on tutkittu *Tippa*-hankkeen aikaansaannoksia, sen on todettu sekä motivoineen farmasisteja kehittämään lääkeneuvontataitojaan että antaneen valmiuksia asiakkaiden kohtaamiseen (Varunki ym. 2004). On myös todettu, että lääkeneuvonnan kehittämisen myötä farmaseuttisen henkilökunnan työ on saanut syvyyttä, ja siitä on tullut mielekkäämpää. *Tippa*-hankkeen aikana lääkeneuvonta kehittyi ja tehostui, vaikka siinä edelleen todettiin olevan selvästi parannettavaa.

*Tippa*-projekti ei kuitenkaan rajoittunut pelkästään nelivuotiseksi hankkeeksi. Sitä jatkettiin neljällä lisävuodella, nimellä *Apteekit mukana terveystalkoissa -Tippa-projektin jatkotoimenpideohjelma* (Airaksinen ja Peura 2011 s.132-133). Jatko-ohjelmassa keskityttiin edelleen lääkeneuvontaan, mutta lisäksi käynnistettiin erityispätevyyskoulutus lääkehoidon kokonaisarviointiin (Leikola 2012).

Projektissa olivat mukana silloiset sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiitto, Kuopion yliopisto, Helsingin yliopisto, Lääkehuollon

täydennyskoulutuskeskus ja Kuopion yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus (Airaksinen ja Peura 2011 s.24).

### 3.3.3.3 Farmasian Päivät lääkeneuvontaa tukemassa

Kirsti Bult (2006) kirjoittaa Farmasian Päiviä koskevassa historiikissa seuraavasti kyseessä olevasta koulutustapahtumasta: Ensimmäinen Farmasian Päivä, joka siis oli yksipäiväinen, järjestettiin vuonna 1977. Aiheena oli tällöin farmasia ja terveystieteiden kasvatusta, ja tavoitteena oli edistää lääkkeiden oikeaa ja turvallista käyttöä (s.16). Ensimmäisiä käytännön ohjeita lääkeneuvontaan Farmasian Päivien kuulijakunnalle annettiin 1980-luvulla (s.45). Lisäksi Farmasian Päivät olivat 1980- ja 1990-luvulta lähtien tilaisuuksia, joissa farmasisteilla oli mahdollisuus tutustua atk-pohjaisiin lääketietojärjestelmiin, kuten esimerkiksi Elliin, joka oli apteekeissa käytössä 1990-luvun loppuun asti (s.56-57).

Bultin (2006) mukaan apteekin ammattilaisten työn vaativuus lisääntyi, kun itselääkinnän merkitys korostui 1980-luvulla (s.48) ja reseptiltä vapautuvien lääkkeiden määrä kasvoi seuraavalla vuosikymmenellä (s.68). Tämä huomioitiin myös täydennyskoulutuksessa. Farmasian Päivillä järjestettiin muun muassa itsehoitolääkeluentoja ja huomiota kiinnitettiin viestintä – ja vuorovaikutustaitoihin (s.78). Farmasian Päivät olivat myös tilaisuus, jossa saattoi 1990-luvun loppupuolella tutustua uusimpiin *Käypä hoito* -suosituksiin ja ottaa ne siten lääkeneuvonnan tueksi (s.91).

Bult (2006) toteaa myös, että Farmasian Päivät osallistui vuonna 1999 *Tippa*-hankkeen esittelemiseen farmasian ammattilaisille (s. 94-95). Lisäksi hän toteaa, että myöhemmissä Farmasian Päivissä jatkettiin *Tippa*-projektin tukemista niin farmasistien lääkeneuvontatietojen kuin -taitojen kartuttamisella opettelemalla niin käytännön farmakologiaa kuin asiakaspalveluviestintääkin (s. 106).

### 3.3.3.4 Haamuasiakastutkimukset

Vaikka suomalaiset apteekkien asiakkaat ovat olleet viime vuosina suoritettujen kyselyiden mukaan tyytyväisiä apteekkipalveluihin, on neuvonnan saatavuudessa ja laadussa todettu olevan edelleen parantamisen varaa (Apteekkari 2011, Apteekkari 2012, Apteekkari 2014a, Apteekkari 2014b). Tätä osoittavat aikaisempien, muun muassa *Tippa*-hankkeeseen liittyvien, haamuasiakastutkimusten (Puumalainen ym. 2005a) lisäksi viimeisimmät vastaavat tutkimukset, jotka Suomen Apteekkariliitto on tehnyt syksyllä 2011 ja 2012 (Suomen Apteekkariliitto 2011a ja 2012).

Näissä tutkimuksissa kartoitettiin itsehoitolääkeneuvonnan sisältöä ja yleisesti itsehoitolääkeneuvonnan tilannetta suomalaisissa apteekeissa (Suomen Apteekkariliitto 2011a ja 2012). Tutkimus suoritettiin molemmilla kerroilla 60 eri apteekissa, jotka olivat kooltaan erilaisia ja maantieteellisesti

sijaittivat eri puolilla Suomea. Tutkimusapteeekeissa oli yhteensä 240 haamuasiakaskäyntiä molempina vuosina.

Näiden haamuasiakastutkimusten mukaan apteekkien itsehoitoneuvonnan laatu ja saatavuus olivat jonkin verran heikentyneet vuonna 2012 edelliseen, vuonna 2011 suoritettuun tutkimukseen verrattuna (Suomen Apteekkariliitto 2011a ja 2012). Toisaalta vuoden 2011 tutkimustulokset olivat olleet hieman paremmat kuin vuonna 2008 suoritettua vastaavaan haamuasiakastutkimuksen tulokset (Suomen Apteekkariliitto 2008). Näistä tutkimuksista saatujen tulosten perusteella kehityskohteiksi valittiin muun muassa apteekin itsehoitoneuvonnan saatavuuden ja asiakkaan tilanteen kartoituksen parantaminen.

### **3.3.3.5 Hanketoiminta 2010-luvulla Suomessa ja tulevaisuus**

Lääkealan oma- ja itsehoitoon liittyvä kehitystyö ei ole loppunut, vaan se jatkuu edelleen. Lääkineuvonta, itsehoito ja omahoito ovat mukana näissä viime vuosina käynnissä olleissa hankkeissa sekä myös lupauksina tulevaisuuden toiminnassa. Seuraavaksi esitellään muutamia tällaisia hankkeita ja kampanjoita sekä strategioita.

#### **APILA-hanke**

APILA- hanke oli lääkitysturvallisuushanke, jossa olivat mukana Suomen Farmasialiitto, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Proviisoriyhdistys, Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Åbo Akademi, Farmasian oppimiskeskus, Itä-Suomen yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate sekä Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia (Teinilä 2012). Tämän vuonna 2012 alkaneen nelivuotisen hankkeen tavoitteena on muun muassa edistää apteekista annettavan hoidon ohjauksen ja seurannan avulla turvallista lääkehoitoa sekä lisätä tietoisuutta lääkitysturvallisuudesta ja vahvistaa apteekin roolia lääkitysturvallisuuden edistäjänä (Teinilä 2012, Kuitunen ym. 2014). Edellisiin tavoitteisiin liittyen hankkeen avulla pyritään lisäämään apteekkihenkilökunnan osaamista asiakkaan ohjaamisessa sekä lääkehoitojen riskien tunnistamisessa ja kokonaisuuksien hallinnassa. Hankkeeseen kuuluu apteekkihenkilökunnalle suunnattua perus- ja täydennyskoulutusta. Lääkineuvonnan osalta tavoitellaan riittävää ja asianmukaista neuvontaa, jolla pyritään lääkkeiden oikeaan ja turvalliseen käyttöön.

Hankkeeseen kuuluu myös apteekista annettavan itsehoitoneuvonnan laadun ja saatavuuden edistäminen (Teinilä 2012). Tätä varten apteekkeille on räätälöity neljästi vuodessa vaihtuva *Varmista valintasi* -kampanja, joka sisältää niin asiakkaille kuin farmasisteillekin suunnattua tiedotusta materiaaleineen. Kampanjalla pyritään muun muassa kiinnittämään huomio itsehoitolääkkeiden neuvontaan ja itsehoidon hoitosuosituksiin.

## Lääkehoidon päivä

APILA-hankkeen lisäksi apteekeissa vietetään kerran vuodessa *Lääkehoidon päivää* (THL 2012). Ensimmäistä kertaa tällaista valtakunnallista teemapäivää vietettiin 6.11.2012. Tämän lääkkeiden käyttäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteisen teemapäivän avulla halutaan rohkaista lääkkeiden käyttäjiä kiinnittämään huomiota oman lääkehoitonsa hyvään toteuttamiseen. Samalla vaikutetaan apteekin asiantuntijoihin – herätellään heitä kiinnittämään huomiota erityisesti lääkeneuvontaan.

## Ammattiapteekkistrategia 2012-2020

Edellä esitettyjen hankkeiden lisäksi yksityisapteekkien työnantajat ovat sitoutuneet Suomen Apteekkariliiton (2011) kautta ylläpitämään ja kehittämään edelleen apteekkeja osana terveydenhuoltoa. Apteekkariliitto lupaa strategiassaan vuodelta 2011, että kaikki suomalaiset Apteekkariliiton alaiset apteekit ovat ammattiapteekkeja, jotka ovat tunnettuja luotettavasta ja ammattitaitoisesta palvelustaan sekä korkeasta ammattietiikastaan.

Kyseessä olevassa strategiassa todetaan, että tavoitteena on asiakaskeskeisyys ja yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa. Ammattiapteekin arvoja ovat muun muassa asiakkaiden tasa-arvoisuus ja ammattietiikka sekä henkilöstön ammattitaito ja osaaminen. Missiona Apteekkariliitolla on muun muassa tarjota lääkkeisiin liittyviä ja terveyttä edistäviä tietoja ja palveluita sekä tukea lääkehoitojen onnistumista ja asiakkaan voimaantumista terveytensä hoitamisessa. Apteekkariliiton visioissa todetaan, että *"Apteekit auttavat asiakkaitaan ottamaan vastuuta oman terveytensä edistämisestä ja ylläpitämisestä..."*

## Lääkepolitiikka 2020

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa, *Lääkepolitiikka 2020 - Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä*, vuodelta 2011, kerrotaan sosiaali- ja terveysalan viranomaisten ja lääkealan toimijoiden yhteisistä tavoitteista vuoteen 2020 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Asiakirjassa todetaan muun muassa, että *"Lääkehuoltoa on kehitettävä asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Asiakaskeskeisyyteen kuuluu myös potilaan kannustaminen ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Valtakunnallisesti sovittavat hoitolinjaukset esimerkiksi Käypä hoito -suositukset lisäävät lääkkeiden asianmukaista käyttöä."* (s.15) Lisäksi asiakirjassa mainitaan esimerkiksi seuraavaa:

- Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. (s. 15)
- Lääkkeettömät vaihtoehdot tulee ottaa huomioon. (s. 26)
- Itsehoidon ja omahoidon onnistumista tuetaan farmasistilta saatavalla neuvonnalla – erityisesti tämä neuvonta korostuu itsehoitolääkkeiden kohdalla. (s.23- 24)
- *Käypä hoito* -suositukset sekä *Terveystietokanta* ja sen erityistietokannat ovat tärkeimmät lääkehoidon tietokanavat ammattilaisille. (s. 24)
- Lääkehuollon tehtävänä on tukea lääkkeen käyttäjän osallistumista lääkehoitoonsa ja ottamaan vastuuta lääkehoidostaan - varsinkin pitkäaikaissairauksien ja helposti itse hoidettavien oireiden hoidossa tavoitteena on potilaan ja asiakkaan oman roolin lisääminen. (s. 23)

### **Fimean lääkeinformaatiostrategia ja itsehoitolääkeohjelma**

Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean julkaisemassa lääkeinformaatiostrategiassa 2012-2020 tavoitteena on lääkealan toimijoiden moniammatillinen verkosto, joka tuottaa ja välittää väestölle ja terveydenhuollon ammattilaisille näyttöön perustuvaa, puolueetonta ja luotettavaa tietoa (Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea 2012). Päämääränä on lääkeinformaation avulla ylläpitää ja parantaa väestön terveyttä edistämällä väestön järkevää lääkkeiden käyttöä.

Kansallinen itsehoitolääkeohjelma on Fimean vuonna 2012 käynnistämä periaatteellinen ohjelma, jossa pääpaino on myyntiluvallisten lääkevalmisteiden mahdollisuuksien tarkasteleminen osana itsehoitoa (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2015). Tämän ohjelman yhtenä tavoitteena on, että koko lääkeala ottaa vastuuta turvallisen itsehoitolääkityksen kehittämisestä edelleen.

#### **3.3.3.6 Farmasisteille suunnattu ammatillinen koulutus**

Viime vuosina yliopistoista valmistuneet farmasian ammattilaiset ovat saaneet peruskoulutuksensa tuomaa pätevyyttä lääkeneuvontaan. Sen sijaan vuonna 1980 perustettu Farmasian oppimiskeskus, aikaisemmalta nimeltään Lääkehuollon täydennyskoulutuskeskus (Bult 2006 s. 23), on ollut mukana jo usean vuoden ajan työelämässä olevien farmasistien lääkeneuvonnan tietojen ja taitojen kehittämisessä muun muassa luentoineen, verkkokoulutuksineen ja Farmasian Päivineen.

Itä-Suomen yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducat ja Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia ovat tarjonneet yksittäisten kurssien lisäksi pidempikestoista täydennyskoulutusta. Myös apteekkityöntekijöiden Suomen Apteekkariliitto järjestää farmasisteille

koulutusta. Tällaista on esimerkiksi astma-, diabetes- ja sydänyhdyshenkilöille suunnattu koulutus.

Työntekijäpuolen Suomen Farmasialiitto entisine jäsenyhdistyksineen ja nykyisine alueverkostoineen osallistuu farmasistien koulutukseen ja siihen kannustamiseen. Liitto järjestää omaa, jäsentensä ammatilliseen kehittymiseen liittyvää koulutusta ja osallistuu muun muassa Farmasian oppimiskeskuksen toimintaan. Farmasialiitto myös julkaisee neljästi vuodessa ilmestyvää Farmaseuttista Aikakauskirja Dosista ja useita kertoja vuodessa ilmestyvää Farmasia-jäsenlehteä, joista ensimmäinen huolehtii farmasistien lähinnä tieteellisen tiedon kartuttamisesta ja jälkimmäinen on käytännönläheisempi. Lisäksi erilaisilla muilla koulutusta tarjoavilla tahoilla ja apteekkiketjuilla on omia farmaseuttiselle henkilökunnalle suunnattuja, muun muassa lääkeneuvontaa tukevia, koulutuksia.

### **3.3.3.7 Sitoutuminen ammatilliseen koulutukseen ja kouluttautumiseen**

Suomessa oli vuonna 2013 yhteensä 816 apteekkitoimipistettä, joista 798 oli yksityishenkilön eli apteekkarin omistuksessa (Suomen Apteekkariliitto 2014a). Yksityisapteekeista selvä enemmistö eli lähes 99 % kuului Suomen Apteekkariliittoon, joka on vuonna 1897 perustettu apteekkareiden muodostama yhdistys (Suomen Apteekkariliitto 2014b). Tämä yhdistys tuottaa jäsenilleen apteekkiliikkeen harjoittamista tukevia palveluita. Lisäksi kaikki Suomessa toimivat apteekit ovat Apteekkien Työnantajaliiton jäseniä (Apteekkien Työnantajaliitto 2014).

Apteekkariliitto lupaa apteekkien asiakkaille laadukasta toimintaa ja neuvontaa omassa julkaisussaan vuodelta 2005 *Apteekki terveydenhuollossa – apteekki yhteiskunnassa* (Suomen Apteekkariliitto 2005). Tässä julkaisussa todetaan, että ”*Apteekki on kiinteä osa terveydenhuoltoa ja lääkehoidon toteuttajana merkittävä osa potilaan hoitoketjua. Apteekki on myös tärkeä terveystiedon välittäjä erityisesti itsehoitolääkkeitä hankittaessa, lääkehaittojen ehkäisijä ja tarvittaessa lääkäriin ohjaaja.*” (s.4) Apteekkariliitossa onkin vuodesta 1997 lähtien rakennettu tällaista ammattiapteekkikonseptia, jonka ammatillisiin tavoitteisiin kuuluu julkaisun mukaan apteekin henkilöstön erityisosaamisen hyödyntäminen asiakkaan ja lääkkeen käyttäjän hyvinvoinnin edistämiseksi.

Edellä mainitussa julkaisussa todetaan myös, että apteekin kaikissa toiminnoissa peruslähtökohtana ovat Suomen Apteekkariliiton ja Suomen Farmasialiiton yhdessä hyväksymät apteekkitoiminnan eettiset ohjeet. Näihin eettisiin ohjeisiin on kirjattu muun muassa seuraavaa (s. 6):



- Apteekkien tehtävänä on välittää lääkkeisiin liittyvää ja terveyttä edistävää tietoa.
- Apteekkihenkilökunta huolehtii siitä, että asiakas saa riittävät tiedot valintansa tekemiseksi.
- Kaikki asiakkaat ovat samanarvoisia ja oikeutettuja samanlaiseen palveluun.
- Apteekkihenkilökunta ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan voidakseen toimia asiakkaan ja terveydenhuollon edun mukaisesti.
- Apteekkihenkilökunta toimii yhteistyössä muun terveydenhuoltohenkilöstön kanssa saavuttaakseen ne päämäärät, jotka on asetettu palvelemaan asiakkaan ja potilaan etuja.
- Apteekkihenkilökunta edistää ammatissaan lääkkeiden oikeaa ja turvallista käyttöä.

Lisäksi julkaisussa mainitaan, että yksi apteekin tärkeimmistä perustehtävistä on lääkeneuvonta ja luvataan, että apteekista saa asiantuntevaa lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvää neuvontaa (s. 8). Tällä neuvonnalla luvataan pyrittävän asiakkaan tarpeista lähtevään neuvontaan sekä neuvontaan, jolla pyritään ehkäisemään lääkkeiden kaikenlaista väärinkäyttöä ja niiden tarpeetonta käyttämistä. Apteekin tarjoamalla neuvonnalla pyritään myös varmistamaan, että asiakas on tietoinen käyttämänsä lääkkeen vaikutuksesta, miten ja kuinka kauan lääkettä käytetään ja onko sillä haitta- tai yhteisvaikutuksia. Lisäksi julkaisussa mainitaan, että apteekin tavoitteena on tukea asiakkaan ja lääkärin välistä hoitosuhdetta ja luvataan, että asiakasta motivoidaan lääkkeiden oikeaan käyttöön. Julkaisussa todetaan, että apteekin farmasistien keskeisiä tehtäviä on ohjata ja tukea asiakkaita itsehoidossa ja itselääkinnässä sekä varmistaa, että itsehoito sopii asiakkaan oireeseen ja tilanteeseen (s.13).

Apteekkariliitto lupaa myös strategiassaan vuodelta 2011, että apteekin henkilökunta ylläpitää osaamistaan jatkuvalla koulutuksella (Suomen Apteekkariliitto 2011). Lisäksi henkilökunnalle luvataan ajanmukaiset tietojärjestelmät ja lääketiedon lähteet.

Suomen Apteekkariliiton tavoitteiden, eettisten ohjeiden ja aikaisemmin esitetyn lainsäädännön lisäksi apteekkien työnantaja- ja työntekijäpuoli ovat kirjanneet työehtosopimukseen maininnan koulutuksesta ja koulutautumisesta (Apta ja SFL 2003). Apteekkien Työnantajaliitto ry:n ja Suomen Farmasialiitto ry:n 28.2.2003 allekirjoittamassa yhteisessä kannanotossa ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä todetaan seuraavaa: *”Apteekkarin vastuulla on farmaseuttisen henkilöstön täydennyskoulutuksen suunnittelu ja koulutuksen toteutumisen seuranta osana*

*apteekin laadun varmistamista. Työntekijän velvollisuutena on osallistua koulutukseen apteekin kehittämissuunnitelman mukaisesti.”*

Työehtosopimuksen lisäksi myös Suomen Apteekariliiton hallitus on 19.4.2006 antanut suosituksen jäsenapteekilleen täydennyskoulutuksesta (SAL:n Salkku-tietokanta 28.7.2014). Tässä suosituksessa jäsenapteekkeja muun muassa kehoitetaan laatimaan apteekkikohtaiset ja henkilökunnalle henkilökohtaiset koulutussuunnitelmat sekä seuraamaan näiden suunnitelmien toteutumista.

### **3.4 VALTA JA FARMASEUTTI**

Sosiaalisista suhteista, jota myös apteekin asiakaspalvelutilanteet ovat, on todettu, että niissä otetaan aina kantaa yksilöiden keskinäisiin valtasuhteisiin (Helkama ym. 2013 s. 211). Apteekissa toteutuvasta vallasta ja sen käytöstä on todettu, että apteekissa asiakkaalla on maallikon rooli ja farmaseutilla on ammattilaisen rooli, joka tuo mukanaan valtaa ja vastuuta (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 57-64). Näiden erilaisten roolien lisäksi asiakkaan ja farmaseutin tietämys ja osaaminen ovat jakautuneet epätasaisesti, ja tästä aiheutuu epätasa-arvoa heidän välilleen. Farmaseutin ammattirooliin kuuluu, että hän on sekä asiantuntija että vallankäyttäjä - farmaseutilla on viralliseen asemaansa liittyvää laillista valtaa, mutta myös asiantuntijuuteen liittyvää valtaa suhteessa apteekin asiakkaaseen. Tämän asiantuntijuuden ja vallankäytön on todettu konkretisoituvan muun muassa asiakaspalveluun liittyvissä ratkaisuissa.

Asiantuntemusvallasta on todettu, että sen taustalla on kohteen tunnustama vallankäyttäjän oikeassa olo ja uskottavuus (Ahokas 2010 s. 203-204). Legitiimi valta taas perustuu kohteen sisäistämiin arvoihin, joilla vallankäyttäjän asema oikeutetaan. Legitiimillä auktoriteetilla on todettu olevan siten oikeus antaa käskyjä, joita muiden pitää tai on velvollisuus totella (Ylikoski 2000 s.18-22). Kompetentilla auktoriteetilla on puolestaan asiantuntemusta, johon vallankohde uskoo.

Jotta vallankäyttäjän ja vallankohde välisessä suhteessa olisi mahdollisimman vähän epäsymmetriaa, on esitetty, että vallankäyttäjän tulee esittää vallankohdelle argumentteja, vetoamuksia tai kehotuksia ja kohteen, perustuen hänen omiin arvostuksiinsa ja tavoitteisiinsa, hyväksyä vallankäyttäjän viestin sisältö toimintansa perustaksi (Ylikoski 2000 s.18-22).

## **4 ASIAKKaidEN KOHTAAMISEEN JA LÄÄKENEUVONTAAN VAIKUTTAVIA EI-KIELELLISIÄ TEKIJÖITÄ**

### **4.1 TUNNE ELI EMOOTIO**

Tunteista eli emotioista on todettu, että ne ovat tarkoituksenmukaisesti toimiessaan yksilön hyvinvointia edistäviä mekanismeja, joiden tehtävänä on suojella yksilöä erilaisilta haitallisuuksilta ja ohjata häntä kohti myönteisiä ja hyvinvointia lisääviä tapahtumia (Nummenmaa 2010 s. 146). Lisäksi tunteet auttavat yksilöä sopeutumaan vallitseviin olosuhteisiin (Rimé 2009). Niitä kuvataan ei-kielellisiksi, spontaaneiksi prosesseiksi, ympäristön vihjeiden laukaisemiksi reagoititavoiksi (Nummenmaa 2010 s. 47, Helkama ym. 2013 s. 170), joihin liittyy merkittäviä muutoksia yksilön kehon ja mielen toiminnoissa (Gross ja Barrett 2011, Nummenmaa ym. 2014). Lisäksi tunteista on todettu, että ne ovat pohjimmiltaan synnynnäisiä, biologisia ilmiöitä (Kappas 2011, Helkama ym. 2013 s. 168). Niiden toimintaan voidaan kuitenkin vaikuttaa oppimisen kautta, ja niihin liittyy läheisesti ihmisten väliset vuorovaikutukset (Rimé 2009, Kappas 2011, Lerner ym. 2015).

Yksittäisestä tunteesta on todettu, että se on tavallisesti intensiivinen ja lyhytaikainen tila (Helkama ym. 2013 s. 164, Lerner ym. 2015), joka syntyy usein nopeasti (Nummenmaa 2010 s. 32) ja johon liittyy sille ominaiset kehon ja mielen toiminnan muutokset (Nummenmaa 2010 s. 21, Nummenmaa ym. 2014). Mutta tunteista on lisäksi todettu, että niillä on taipumus aiheuttaa kokijalleen myös pitkäkestoisempia kognitiivisia ja sosiaalisia seurauksia (Rimé 2009). Esimerkiksi negatiiviset tunteet, kuten pelko ja viha, eivät ole pelkkiä yksilön tunnekokemuksia, vaan näiden tunnetilojen ansiosta yksilö kykenee kognitiivisesti vähentämään tunteen aiheuttaneen tekijän yksilölle aiheuttamaa kognitiivista ristiriitaa. Tätä ristiriitaa hälventääkseen yksilö voi hyödyntää esimerkiksi sellaisia keinoja kuin sosiaalinen vertailu, sosiaalinen tuki, tarinankerronta ja keskustelujen aikaansaamat sosiaaliset representaatiot sen lisäksi, että yksilö käyttää myös itsenäisempiä, pelkästään omaan henkilökohtaiseen ajatteluun perustuvia menetelmiä. Myös positiivisiin tunteisiin liittyy niiden sosiaalista jakamista. Tunteiden sosiaalisesta jakamisesta tiedetään, että se on häpeän ja syyllisyyden suhteen vähäisempää kuin muiden tunteiden suhteen.

Tutkijoiden keskuudessa ei ole yksimielisyyttä tunteiden määritelmästä. Tieteellisissä artikkeleissa myös mieliala, affekti ja emotio saattavat sekoittua keskenään. Osa tutkijoista on esimerkiksi sitä mieltä, että emotiot ja kognitiot ovat erillisiä prosesseja. Osa taas on sitä mieltä, että tunteet kuuluvat kognitioihin siinä missä esimerkiksi muisti ja tarkkaavaisuuskin. Erilaisia näkemyksiä on myös tunteiden ja niiden säätelyn erillisyydestä. (Zajonc 1980, Gross ja Barrett 2011, Cunningham ja Kirkland 2012)

Toisaalta taas sosiaalisessa konstruktionismissa korostetaan tunteiden sosiaalista rakentumista yksilölähtöisyyden sijaan (Boiger ja Mesquita 2012). Sosiaalisen konstruktionismin mukaan useimmat tunteet liittyvät sosiaalisiin tilanteisiin tai tapahtumiin. Tunteet nähdään jatkuvana prosessina, johon vaikuttavat niin ihmisten väliset vuorovaikutukset, ihmissuhteet kuin vallitseva kulttuurikin. Tämän suuntauksen mukaan tunteet eivät liity pelkästään senhetkiseen vuorovaikutustilanteeseen, vaan tunteet vaikuttavat sekä vuorovaikutustilanteessa että ihmissuhteiden kehittymiseen.

#### **4.1.1 TUNNEPROSESSI JA TUNNEKOKEMUKSET**

Yksilö ei aina tiedosta tunteitaan, sillä ne toimivat osaksi tietoisuutemme ulkopuolella (Winkielman 2010). Tietoisuuteen tunteiden on todettu yltävän silloin, kun ne ovat riittävän voimakkaita (Nummenmaa 2010 s. 38). Tunneprosessi voidaankin Nummenmaan mukaan jakaa kahteen osaan. Se jaetaan sekä tiedostamattomiin ja automaattisiin tunneprosesseihin että tietoihin tunneprosesseihin.

Nummenmaan mukaan tunteen aiheuttama tapahtuma aikaansaa yksilössä tiedostamattomat ja automaattiset tunneprosessit eli tunnereaktion, johon kuuluvat sekä tunneilmaisut että muutokset niin aivotoiminnassa, kehon toiminnassa kuin käyttäytymisessäkin (Nummenmaa 2010 s. 16-19). Sen sijaan tietoisuus näistä muutoksista aikaansaa tunnekokemuksen, tietoisuuden tunnetilasta ja sen aiheuttajasta. Nummenmaan mukaan tunnekokemukset liittyvätkin ihmismielen reaktioihin kehon sisäisiin tapahtumiin. Tämän tietoisesta tunnekokemuksen myötä yksilön on mahdollista reagoida ulkoisiin tapahtumiin tahdonalaisesti tehostaen näin mahdollisia automaattisia reaktioita tai muuttaen niitä.

Tunnekokemuksesta on myös todettu, että se on keskeinen osa tunnetoimintojen kokonaisuutta (Frijda 2009). Hieman laajemmin määriteltynä sen aikaansaa havainnointiin, kognitioihin, motivaatioon, käyttäytymiseen ja fysiologisiin muutoksiin liittyvät emotioiden osaset. Tunnekokemukset voivat olla yksilöiden välillä hyvin erilaisia riippuen muun muassa siitä, mihin yksilö kiinnittää huomiota tunnekokemuksessaan ja miten tietoinen yksilö on tunnekokemuksestaan.

Muihin kokemuksiin ja ihmismielen sisältöihin verrattuna tunteiden on väitetty eroavan siinä, että tunnekokemuksiin liittyy aina kehon tilojen muutoksia ja kykenemättömyys ohjata tietoisesti tai vapaaehtoisesti todellisia tunnereaktioita käynnistymään ja sammumaan (Nummenmaa 2010 s. 21-44). Nämä muutokset kehon toiminnassa ja käyttäytymisessä tapahtuvat usein jo ennen kuin yksilö tulee tietoiseksi näistä muutoksista ja siten tunnekokemuksestaan (Nummenmaa 2010 s. 122-123). Lisäksi tiedetään, että tunteet ovat usein hankalasti tietoisesta ajattelusta tavoitettavissa ja että ihmisillä on vaikeuksia tunnistaa tunteitaan ja niiden aiheuttajia. Tämän on ajateltu johtuvan siitä syystä, että ihmisaivot käsittelevät tunteisiin liittyvää tietoa ja tuottavat tunnekokemuksia myös silloin, kun yksilö ei ole tietoinen

kohtaamastaan tunteellisesta tapahtumasta. Tiedetään myös, että tunteilla on itseään vahvistava vaikutus. Oletuksena onkin, että tunnetila tehostaa sen kanssa samansuuntaisen tiedon käsittelyä.

Tunnekokemuksissa on todettu olevan yksilöiden välillä huomattavia voimakkuuseroja, mutta niiden on todettu olevan kuitenkin laadultaan hyvin samanlaisia (Nummenmaa 2010 s. 77). Yksilöllisen tulkinnan ja kokemushistorian on todettu vaikuttavan merkittävästi subjektiiviseen tunnekokemukseen (Kensing 2009, Helkama ym. 2013 s. 166).

Yleisesti ottaen tiedetään, että yksilön mieliala vaikuttaa hänen tekemiinsä tulkintoihin ja siten tunteisiin, joita hän kokee (Siemer 2009). Tulkintaan vaikuttaa myös yksilön mieliala esimerkiksi siten, että toisen yksilön samantyyppinen tunnetila aistitaan helpommin kuin vastakkainen tunnetila (Schmid ja Mast 2010). Tunne ja mieliala taas eroavat toisistaan siten, että mielialalla tarkoitetaan tunnetta pitkäkestoisempaa tilaa, eikä mielialan aiheuttaja ole useinkaan selkeästi osoitettavissa (Siemer 2009).

#### **4.1.2 TUNTEEN LAUKAISIJAT**

Kuten edellä todettiin, tunteiden syntyminen liittyy tavallisesti johonkin ulkoiseen tapahtumaan, jonka havaitseminen aikaansaa tunnereaktion usein automaattisesti ja tiedostamattomasti. Tunteen laukaisija voi olla siis konkreettinen mutta sen lisäksi myös abstrakti, eli kuviteltu (Clare ja Huntsinger 2009).

Yksilöiden välillä on eroja siinä, miten erilaiset, mahdolliset tunteenlaukaisijat tulkitaan (Clare ja Huntsinger 2009). Se mistä tulee yksilölle tunteen aiheuttava tekijä, riippuu siitä, minkä merkityksen yksilö tälle tekijälle antaa. Lisäksi on todettu, että tunteisiin ei välttämättä vaikuta pelkästään yksi yksittäinen laukaisija, vaan myös muut samanaikaiset yksilöön vaikuttavat tekijät ovat mukana tunteen laukaisijan tulkinnassa.

Tunteisiin liittyy oppimista (Nummenmaa 2010 s.13-29, Kappas 2011). Ihmisaivojen on todettu kehittyneen oppimaan reagoimaan tunteilla yksilön kohdatessa erilaisia tapahtumia ja sosiaalisia tilanteita. Tämän tunnereaktioiden oppimisen on väitetty olevan nopeaa ja tehokasta. Oppimisen, kokemuksen ja kasvatuksen on vuorostaan todettu vaikuttavan siihen, milloin ja minkälaisissa tilanteissa yksilön tunnejärjestelmä toimii.

#### **4.1.3 TUNTEIDEN LUOKITTELUA**

##### **4.1.3.1 Perustunteet ja moraaliset emootiot**

Ihmisillä on laaja tunnereaktioiden kirjo. Kuten edellä jo mainittiin, osa tunteista on biologisesti määräytynyttä, periytyvää, osan ollessa oppimisen aikaansaannosta ja kulttuurisidonnaista. Niin sanottuja perustunteita ovat

mielihyvä, pelko, viha, inho, suru ja hämmästyminen (Helkama ym. 2013 s. 168-169). Niiden on todettu olevan yleismaailmallisia muun muassa niihin liittyvien kasvonilmeiden samanlaisen tulkitsemisen vuoksi. On kuitenkin osoitettu, että tunteiden esittämiseen liittyvät kasvonilmeet ovat kulttuurisidonnaisia ja eri kulttuurien välillä on eroja myös perustunteisiin liittyvien kasvonilmeiden ilmaisemisessa (Jack ym. 2012).

Sosiaalisia, kulttuurisen oppimisen myötä syntyneitä niin sanottuja moraalisia emootioita ovat esimerkiksi hämmästyminen, häpeä, syyllisyys ja ylpeys (Keltner ja Buswell 1996, Helkama ym. 2013 s. 173). Näihin tunteisiin liittyy yksilön oman käyttäytymisen moraalinen arviointi – käyttäytymisen arviointi suhteessa sosiaalisiin normeihin. Moraalisiin emootioihin kuuluu myös toisen yksilön käyttäytymisen arviointi, ja siitä mahdollisesti seuraava esimerkiksi moraalinen vihaisuus (Helkama ym. 2013 s. 173). Eri kulttuurien välillä on osoitettu olevan eroja siinä, miten yleisiä tietyt tunteet ovat (Boiger ja Mesquita 2012). Esimerkiksi on todettu, että japanilaiset tuntevat helpommin häpeää kuin pohjoisamerikkalaiset.

## **Häpeä**

Moraalisista tunteista esimerkiksi häpeä merkitsee tällaista edellä mainittua itsensä arviointia suhteessa sosiaalisiin normeihin (Boiger ja Mesquita 2012). Häpeästä tiedetään, että häpeävä häpeää itseään ja että häpeä voi johtaa välttelyyn (Helkama ym. 2013 s. 174). Tiedetään myös, että häpeävä ihminen, kuten myös syyllisyyttä tunteva, hyödyntää sosiaalista jakamista vähemmän kuin muuta tunnetilaa kokeva (Rimé 2009). Häpeävälle on myös ominaista, että hänen toimintakykynsä ja asioiden hallintatunne vähenevät (Helkama ym. 2013 s. 175). Syvään häpeään voi vuorostaan liittyä tunne nöyryytyksi tulemisesta, mikä taas voi synnyttää itseen ja/tai ulkopuolisiin kohdistuvan raivon. Onkin esitetty, että halu syyttää ja rankaista toisia koetusta mahdollistaa hallinnantunteen syntymisen. Tiedetään myös, että yksilöt eroavat toisistaan häpeäherkkyyden suhteen.

### **4.1.3.2 Positiiviset ja negatiiviset tunteet**

Tunteet voidaan luokitella myös toisella tavalla. Ne voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin tunteisiin (Rimé 2009). Negatiivisia tunteita ovat esimerkiksi suru, viha, pelko ja häpeä, joiden syntymiseen liittyy ristiriita yksilön tavoitteiden ja tunteen aiheuttajan välillä. Negatiivisiin tunteisiin liittyy yksilön kokemaa yleistynyttä pahaa oloa, toisin kuin positiivisiin tunteisiin, jotka lisäävät yksilön hyvinvointia.

Positiivisen tunteen aikaansaa esimerkiksi yksilön tavoitteen odotettua nopeampi tai yllätyksellinen saavuttaminen (Rimé 2009). Toisin kuin negatiiviset tunteet, jotka heikentävät, positiiviset tunteet vahvistavat yksilön itseluottamusta, itsetuntoa ja tunnetta yksilön kyvykkyydestä. Positiivisiksi tunteiksi luokitellaan esimerkiksi ilo ja rakkaus.

#### **4.1.4 TUNNEILMAISUT JA NIIDEN VAIKUTUKSET**

Tunteet eivät ole pelkästään yksilön subjektiivisia kokemuksia, vaan tunteisiin liittyy niiden jaettavuus erilaisten ulospäin näkyvien tunneilmaisujen välityksellä (Butler ja Gross 2009, Boiger ja Mesquita 2012). Tunneilmaisut liittyvätkin sosiaaliseen viestintään (Butler ym. 2003, Jack ym. 2012, Lerner ym. 2015) sen lisäksi, että ne ovat viestejä kokijalle itselleen ja vaikuttavat häneen (Rimé 2009).

Sosiaaliseen viestintään liittyen on todettu, että tunneilmaisut auttavat henkilöä arvioimaan toisen yksilön mielen sisältöjä ja reagoimaan niihin sopivalla tavalla (Nummenmaa 2010 s. 80, Lerner ym. 2015). Ihmiset viestivätkin tunteitaan usein jatkuvasti ja automaattisesti (Nummenmaa 2010 s. 77). Tunneilmaisujen onkin todettu olevan usein tiedostamattomia liittyen saumattomasti itse tunnekokemukseen. Mutta tunneilmaisuja kyetään myös tahdonalaisesti kontrolloimaan korostamalla, hillitsemällä ja tukahduttamalla niitä (Helkama ym. 2013 s. 170). Tässä tunneviestinnän muokkauksessa vaikuttavat niin sanotut tunneilmaisujen esittämissäännöt, jotka ovat oppimiseen perustuvia, yhteisöjen sopimuksia siitä, miten ja millaisia tunneilmaisuja on sopivaa käyttää eri tilanteissa (Nummenmaa 2010 s. 89). Näiden erilaisten sääntöjen tuntemisen on todettu olevan tärkeää, jotta yksilö kykenee toimimaan sujuvasti erilaisissa yhteisöissä. Esittämissääntöjen lisäksi kaikissa kulttuureissa on tunnesääntöjä, sääntöjä siitä, mitä tietyssä elämänvaiheessa, tilanteessa tai roolissa kuuluu tai ei kuulu tuntea (Helkama ym. 2013 s. 171). Tunnesääntöjen noudattamiseksi yksilön tulee tehdä tunnetyötä eli muokata tunteitaan tai toisen yksilön tunteita.

Tunteista sosiaalisessa viestinnässä on todettu, että tunneilmaisut saattavatkin olla keskeinen tekijä ihmismielten synkronisointia, sillä toisen yksilön tunneilmaisujen havaitseminen aikaansaa usein havaitsijassa vastaavan tunnekokemuksen, eli tunteita voidaan jakaa (Rimé 2009, Nummenmaa 2010 s. 130-133, Kappas 2011). Tämän tunteiden leviämisen on todettu olevan usein nopeaa ja tapahtuvan yksilön sitä välttämättä tahtoen. Tiedetään myös, että tunteiden tarttuminen voi helpottaa yksilöiden välistä ymmärrystä ja siten edistää vuorovaikutusta. Tunteiden tarttumiseen liittyvätkin läheisesti sekä empatia että sympatia, jotka lisäävät havaitsijan ymmärrystä ja mahdollistavat havaitsijan tilanteeseen soveltuvan vuorovaikutuksen toisen yksilön kanssa.

#### **Kasvot ja puheääni**

Kasvot ovat tärkeä väline tunneviestinnässä, niin tunteiden ilmaisemisessa kuin niiden havaitsemisessakin (Fujimura ym. 2012). Onkin todettu, että suuri osa sanattomasta tunneviestinnästä tapahtuu kasvojen välityksellä (Nummenmaa 2010 s. 92-102). Kehollinen viestintä toimii tärkeänä kontekstina kasvonilmeiden tulkintaan asiayhteyden lisäksi. Kasvonilmeitä pidetään nopeana, tarkkana ja luotettavana tunneviestinnän muotona. Tämän vuoksi sosiaalisessa vuorovaikutustilanteessa yksilöiden tulisikin

tarkkailla toistensa kasvojen ilmeitä kyetäkseen tulkitsemaan toistensa tunnetilojen muutokset ja niihin liittyvän informaation.

Havaitsijan mieliala vaikuttaa kasvonilmeiden tulkitsemiseen (Jackson ja Arlegui-Prieto 2015). Esimerkiksi tiedetään, että havaitsijan negatiivinen mieliala heikentää hänen kykyään havaita toisen yksilön tunnetilojen muutoksia. Toisaalta tutkimustuloksia on tulkittu myös siten, että tunteiden ja kasvonilmeiden välinen yhteys ei ole yksiselitteistä (Fernández-Dols ja Crivelli 2013, Reisen ym. 2013).

Kuten edellä todettiin tunneilmaisujen muokkaamisesta, kykenee yksilö halutessaan teeskentelemään ja muokkaamaan kasvonilmeitään esimerkiksi ylläpitääkseen sosiaalista vuorovaikutusta tai muokatakseen sitä (Nummenmaa 2010 s. 95-97). On kuitenkin myös todettu, että tällainen kasvonilmeiden teeskenteleminen ja muokkaaminen eivät ole aina helppoa ja uskottavaa. Toisaalta ilmeiden teeskenteleminen ja muokkaaminen saattavat onnistuakin (Calder ym. 2000). Tämä johtuu siitä syystä, että kasvoilla esitettävät ilmeet havaitaan kokonaisuutena, jossa kokonaisuuden osilla ei ole aina yhtä merkittävää painoarvoa.

Ihmisaivot käsittelevät myös puheäänen akustisia ominaisuuksia sen lisäksi, että puheen tunnesisältöjä tulkitaan puheen sisältämien sanojen välityksellä (Hietanen ym. 1998). Tiedetään, että ihmiset viestivät tunnetilaansa muun muassa puheäänen korkeuden, painotusten ja rytmitysten avulla. Tällaiset puheäänen ominaisuudet vuorostaan vaikuttavat siihen, millaisia tunnereaktioita puhe kuulijassa aiheuttaa.

#### **4.1.5 TUNTEIDEN VAIKUTUKSET YKSILÖÖN**

Kuten edellä todettiin, tunteiden tehtävä on muun muassa yksilön toiminnan muokkaaminen ja siihen vaikuttaminen. Sen lisäksi, että tunteet vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen, on niiden todettu vaikuttavan moniin kognitiivisiin prosesseihin kuten esimerkiksi siihen, miten yksilö havaitsee ja tulkitsee ympäristön tapahtumia (Kensinger 2009, Nummenmaa 2010 s. 114-117). Tarkkavaisuudesta tiedetään, että se on suuntautunut poimimaan ympäristöstä tunnepitoista tietoa neutraalien kohteiden kustannuksella ja että kohteen tunnepitoisuus tehostaa sen havaitsemista. Tunteet vaikuttavat siten siihen, mihin ihminen ohjaa tarkkaavaisuutensa.

Tunneilla on merkittävä rooli ihmisen muistiprosesseissa (Anderson ym. 2006, Nummenmaa 2010 s. 119). Esimerkiksi tiedetään, että tunteita aiheuttavat kokemukset muistetaan neutraaleja kokemuksia paremmin ja negatiivisiin tapahtumiin liittyvät yksityiskohdat paremmin kuin positiivisiin liittyvät yksityiskohdat (Kensinger 2009). On myös havaittu, että neutraalit asiat voidaan muistaa paremmin, jos ne edeltävät välittömästi tunteita herättävää aineistoa (Anderson ym. 2006). Lisäksi tiedetään, että mitä voimakkaampia tunteita jokin asia herättää, sitä helpommin ja pidempään se muistetaan (Zajonc 1980, Rimé 2009). Tunnekokemuksiin liittyvästä



muistista on todettu, että se on kokonaisvaltainen tuoden esiin tunteeseen liittyvät niin keholliset kuin mielensisäisetkin muistot (Rimé 2009).

Tarkkaavaisuuden ja muistin lisäksi tunteiden on todettu vaikuttavan merkittävästi ajattelutoimintaan, mutta ajattelulla tunteisiin vaikuttamisen on väitetty olevan huomattavasti rajallisempaa (Nummenmaa 2010 s. 47). Esimerkiksi negatiivisen tunteen aikana ajattelutoiminta on selvästi rajoittuneempaa kuin positiivisen tunteen aikana (Clore ja Huntsinger 2009, Forgeard 2011, Lerner ym. 2015). Onkin esitetty, että myönteiset tunteet lisäävät luovaa ajattelua ja ovat välttämättömiä yksilön optimaaliselle toiminnalle (Fredrickson 2001).

Myös päätöksenteon ja sitä edeltävän asioiden arvioinnin on todettu perustuvan asioiden herättämiin emootioihin eikä pelkästään loogiseen ajatteluun (Ohira 2010, Lerner ym. 2015). Nykykäsityksen mukaan tunteet vaikuttavatkin asioiden tulkintaan ja terveet ihmiset käyttävät tunteitaan päätöksenteon ohjaamiseen (Lerner ym. 2015). Toisaalta on myös todettu, että yksilön tekemät päätökset ja niiden seuraukset vaikuttavat myös hänen tunteisiinsa.

#### **4.1.6 TUNTEIDEN SÄÄTELEMINEN**

Tunteiden säätelemisestä tiedetään, että ihminen säätelee tunteitaan automaattisesti lähes jatkuvasti, mutta myös tietoisesti joko itsenäisesti tai muiden yksilöiden avustuksella (Gross ja John 2003, Gross ja Barrett 2011, Kappas 2011). Itse tunteiden säätely voidaan jakaa tunnetilan ennakointiin, sen ylläpitoon sekä sen muuttamiseen tai siihen tottumiseen. Tunteiden säätelyn avulla yksilö kykenee vaikuttamaan kokemuksiinsa tunteisiin, niiden voimakkuuteen, tunteiden kokemisen ajankohtaan sekä niiden ilmaisemismuotoihin. Tunteisiin voidaan vaikuttaa myös kemiallisesti niin lääkkeillä, alkoholilla kuin huumeillakin (Helkama ym. 2013 s. 170).

Tietoisuudella on merkittävä rooli tunteiden säätelemisessä (Lerner ym. 2015). Tietoisuus niin tunteesta kuin sen aiheuttajastakin sekä niiden ymmärtäminen mahdollistavat tarkoituksenmukaisen tunteiden säätelyn. Yleisesti ottaen on todettu, että yksilön tietoisuus tekee mahdolliseksi tunteisiin, havaitsemiseen, ajatteluun, tietoon ja muistiin liittyvien sisältöjen yhdistelemisen, muokkaamisen ja käsittelyn (Nummenmaa 2010 s. 212-213). On esitetty, että tällä tavoin yksilö kykenee vaikuttamaan käyttäytymiseensä, jolloin yksilön käyttäytyminen ei aina pelkästään riipu hänen ajattelustaan tai tunteistaan, vaan tietoisuuden avulla yksilö kykenee muokkaamaan toimintaansa.

#### **Ennakoivat ja reaktiosidonnaiset tunteiden säätelymekanismit**

Tunteiden säätelymekanismit voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan, ennakoiviin ja reaktiosidonnaisiin (Ochsner ym. 2002, Gross ja John 2003, Gross ja Barrett 2011). Ennakoivilla tunteiden säätelymekanismeilla

tarkoitetaan sellaisia strategioita, joita käytetään ennen tunnereaktion syntymistä. Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteen valinta, sen muokkaaminen, tarkkaavaisuuden siirto sekä kognitiivinen muutos, johon kuuluu muun muassa asian uudelleenarviointi.

Reaktiosidonnaisilla tunteiden säätelymekanismeilla vuorostaan tarkoitetaan sellaisia strategioita, joita käytetään tunnereaktion syntymisen jälkeen (Ochsner ym. 2002, Gross ja John 2003, Gross ja Barrett 2011). Tällä jälkimmäisellä keinolla pyritään vaikuttamaan itse tunnekokemukseen, tunteen aiheuttamiin kehollisiin reaktioihin sekä käyttäytymiseen. Tällainen reaktiosidonnainen menetelmä on esimerkiksi tunteiden peittäminen.

Tunneilmaisujen peittämisen tiedetään olevan melko yleistä sosiaalisen vuorovaikutuksen aikana (Gross ja John 2003). Tiedetään myös, että kielteisten tunteiden peittäminen ei kuitenkaan vähennä yksilön tunnekokemusta toisin kuin myönteisten tunteiden peittäminen (Butler ym. 2003). Tällainen tunneilmaisujen peittäminen voi häiritä ihmisten välistä viestintää sekä estää sosiaalisten suhteiden kehittymistä. On myös todettu, että tunteiden ilmaisemista peitellessä yksilö joutuu ponnistelemaan ja tämän ponnistelun tiedetään vähentävän esimerkiksi yksilön muistikapasiteettia (Richards ja Gross 2000, Butler ym. 2003, Lerner ym. 2015). Sen sijaan vähemmän kuormittava tunteiden säätelymenetelmä on esimerkiksi tunteen aiheuttajan uudelleenarviointi, sen merkityksen tarkasteleminen uudesta näkökulmasta (Lerner ym. 2015).

Yleistäen voidaan todeta, että mitä aktiivisempaa ja enemmän ponnisteluja tunteiden säätely vaatii, sitä kuormittavampaa se on yksilön tiedonkäsittelykapasiteetille (Nummenmaa 2010 s. 157-158). Ennakoivaan, kognitiiviseen muutokseen perustuvan tunteiden säätelyn on todettu olevan usein tehokkaampaa kuin syntyneiden tunnereaktioiden peittämiseen perustuvat tekniikat.

Tunteiden sääteleminen onkin sitä helpompaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa tunnereaktion syntyketjua säätely tapahtuu. Tiedetään, että jo syntyneen tunnereaktion säätely vaatii tietoisia ajatteluprosesseja ja aktiivista ponnistelua tunnetilan muokkaamiseksi (Ochsner ym. 2002, Gross ja John 2003, Gross ja Barrett 2011). Lisäksi tiedetään, että ihmisten välillä on yksilöllisiä eroja siinä, mitä tunteiden säätelyssä käytettäviä strategioita he hyödyntävät (Gross ja John 2003). Tämän vuoksi yksilöiden välillä on myös eroja siinä, kuinka hyvin he kykenevät säätelemään omia tunteitaan. Nämä erilaiset strategiavalinnat vaikuttavat niin yksilön hyvinvointiin, ihmissuhteisiin kuin tunne-elämäänkin.

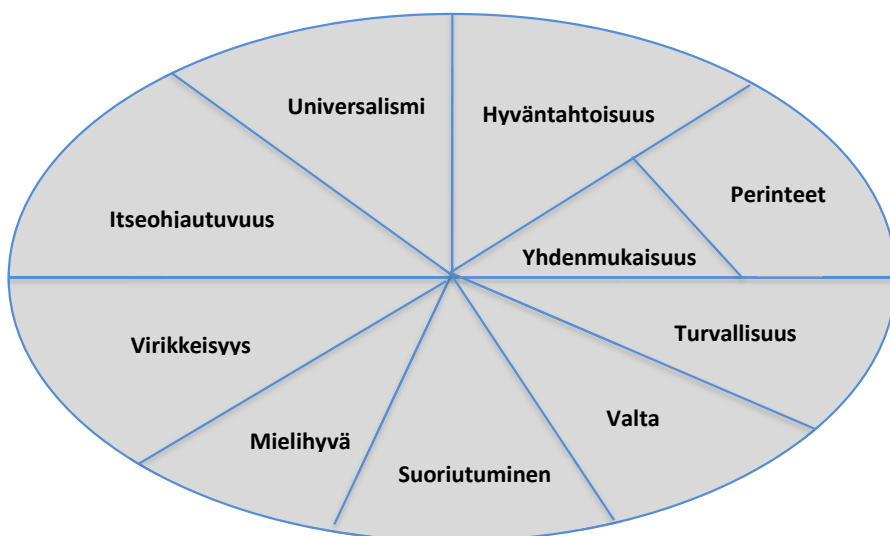
## 4.2 ARVOT JA ASEENTEET

### 4.2.1 ARVOT YKSILÖTASOLLA

Sosiaalisilla arvoilla tarkoitetaan yhden määritelmän mukaan valintataipumuksia, jotka ovat ympäristöstä opittuja, yleisiä, pysyviä ja tavoitteita koskevia (Allardt 1985 s. 51). Määritelmän mukaan sosiaaliset arvot ohjaavat ja johdattelevat ihmisen käyttäytymistä. Arvot voidaan määritellä myös esimerkiksi siten, että ne ovat melko pysyviä käsityksiä toivottavista asiantiloista ja toimintatavoista (Helkama 2009 s. 33, Suoninen ym. 2011 s. 283). Ne liittyvät tekojen ja valintojen arvioimiseen ja perusteleamiseen, mutta myös motivoivat ja ohjaavat arviointia ja toimintaa (Helkama 2009 s. 45-46). Arvoista on myös todettu, että niiden avulla tyydytetään erilaisia tarpeita ja että ne toimivat ihmisen elämässä ohjenuorina (Suoninen ym. 2011 s. 283-286). Osa arvoista luokitellaan universaaleiksi sen lisäksi, että on olemassa paikallisia ja yksilöllisiä arvoja. Asenteisiin verrattuna arvojen kohteet ovat yleisempiä.

Arvoista on myös todettu, että ne ovat yksilön mielessä olevia henkilökohtaisia uskomuksia, joiden juuret ovat yksilön omassa kulttuurissa ja että ne opitaan elämän kuluessa (Puohiniemi 2002 s. 5-6). Arvot ovat tämän määritelmän mukaan asenteita vakaampia ja hitaammin muuttuvia, ja niitä on yksilöllä huomattavasti vähemmän kuin asenteita. Arvot ja asenteet eroavat myös sen suhteen, että osa yksilön asenteista toimii lähes tietoisuuden ulkopuolella, kun taas arvojaan yksilö kykenee käsittelemään selvemmin tietoisella tasolla. Tämän määritelmän mukaan asenteiden ja arvojen välinen yhteys on siinä, että yksilö ilmaisee arvojaan asenteidensa kautta. Yksilön toimiessa arvojensa mukaisesti tehdyt ratkaisut tuntuvat oikeilta. Sen sijaan poikkeaminen omista arvoista aiheuttaa kokijalleen mielipahaa (Allardt 1985 s. 55).

Yksilöt eroavat toisistaan siinä, minkälainen heidän henkilökohtainen arvojärjestyksensä on (Suoninen ym. 2011 s. 283-286). Muun muassa ikä vaikuttaa tähän järjestykseen. Yksilön keskeisistä arvoista on todettu, että ne ovat osa hänen persoonallisuuttaan ja ohjaavat hänen toimintaansa silloin, kun yksilö kokee arvons itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi (Helkama 2009 s. 47-50). Mutta arvojen ja käyttäytymisen välinen yhteys ei ole yksiselitteistä, sillä toisten arvojen on todettu ennustavan toimintaa paremmin kuin toisten. Tätä onkin selitetty sillä, että toiminta voi arvo-ohjautuneisuuden lisäksi olla normiohjautunutta.



**Kuva 5** Shalom Schwartzin arvokehä. Vierekkäiset arvot ovat toisiaan täydentäviä ja keskenään vastakkaiset ristiriitaisia. (Helkama 2009 s. 34, Puuhiniemi 2002 s. 28)

Shalom Schwartzin arvoteorian mukaan on olemassa 10 perusarvoa, jotka ovat valta, suoriutuminen, hedonismi, virikkeisyys, itseohjautuvuus, universalismi, hyväntahtoisuus, perinteet, yhdenmukaisuus ja turvallisuus (Helkama 2009 s. 35-41). Näistä arvoista voidaan muodostaa kehämäinen rakenne (Kuva 5). Tässä kehärakenteessa esitetyt, toisiaan lähellä olevat arvoalueet ovat keskenään yhteensopivampia kuin kauempana olevat. Esimerkiksi hyväntahtoisuus ja hedonismi ovat toisilleen vastakkaisia arvoja kuten myös universalismi ja valta. Sen sijaan kehäkuvion vierekkäiset arvot taas muistuttavat merkityksiltään läheisesti toisiaan. Lähellä olevat arvot ovat myös keskenään yhteensopivia, ja mitä kauemmaksi kehällä edetään, sitä huonommin arvot sopivat yhteen. Näiden edellä mainittujen arvojen tärkeysjärjestyksen on todettu vaihtelevan muun muassa eri kulttuureiden, maiden sekä ikä- ja koulutusryhmien välillä.

#### 4.2.2 ASENTEET YKSILÖTASOLLA

Asenne voidaan määritellä esimerkiksi siten, että se on johonkin kohteeseen liittyvä myönteinen tai kielteinen suhtautuminen (Suoninen ym. 2011 s. 250). Asenteista on todettu, että ne ovat sosiaalisesti rakentuneita, kokemukseen perustuvia, opittuja taipumuksia ajatella, tuntea ja käyttäytyä tietyllä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan (Erwin 2005 s. 12, Helkama ym. 2013 s. 188). On esitetty, että tämän kohteen tulee olla asenteen haltijalle henkilökohtaisesti merkityksellinen (Erwin 2005 s. 11). Asenteiden on myös todettu olevan päätöksiä helpottavia toimintavalmiuksia, joita syntyy, kun yksilö kohtaa

uusia asioita (Puohiniemi 2002 s. 5). Asenteita on verrattu liikennevaloihin, joita hyödynnetään kohdattaessa asenteen kohde uudelleen. Uusia asenteita muodostuu jatkuvasti, mutta osa asenteista on hyvin vakaita ja pysyviä. Arvoihin verrattuna asenteiden on todettu olevan pintapuolisempia sekä nopeammin ja helpommin muuttuvia (Allardt 1985 s. 55). Asenteiden on todettukin olevan joskus enemmän mielipiteitä kuin toimintavalmiuksia.

Kuten edellä mainittiin, on asenteissa erotettavissa kolmenlaisia ulottuvuuksia. Nämä ulottuvuudet ovat tiedollinen, tunnepitoinen ja käyttäytymiseen liittyvä ulottuvuus (Allardt 1985 s. 55). Erilaiset asenteet eroavat toisistaan näiden ulottuvuuksien suhteen. Toisaalta on todettu, että asenteiden ja käyttäytymisen välinen yhteys voi olla heikko tai yhteyttä ei ole lainkaan (Suoninen ym. 2011 s. 250-251). Tätä on selitetty muun muassa niin sanotun suunnitellun käyttäytymisen mallin avulla siten, että asenne on vain yksi suunniteltuun käyttäytymiseen vaikuttava tekijä. Asenteiden lisäksi yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat tämän mallin mukaan käyttäytymisaikomusten välityksellä yksilön henkilökohtaiset normit ja käyttäytymisen toteuttamisen havaittu helppous tai vaikeus. Tämän viimeksi mainitun kontrollin on esitetty vaikuttavan myös suoraan käyttäytymiseen. Lisäksi asenteiden ja käyttäytymisen välistä yhteyttä monimutkaistaa usein se, että yksilöllä saattaa olla asenteen kohteesta samanaikaisesti sekä myönteisiä että kielteisiä arvioita.

On myös todettu, että eräs syy, miksi asenteet ja käyttäytyminen eivät aina vastaa toisiaan on se, että käyttäytymismuodot ovat aina spesifejä, mutta asennemittauksissa mitataan asenteita usein yleisellä tasolla (Erwin 2005 s. 84-86). Ja toisaalta yhdellä yksittäisellä asenteella voi olla useita kilpailevia asenteita ja siten vaihtoehtoisia käyttäytymismuotoja. Asenteiden ja tunteiden välisestä yhteydestä on todettu, että jos yksilöllä on voimakkaita tunteita jotakin asiaa kohtaan, hän muistaa todennäköisesti tällaisen asenteen helpommin.

Kognitiivisten konsistenssiteorioiden mukaan yksilöt pyrkivät ylläpitämään johdonmukaisuutta asenteidensa ja käyttäytymisensä välillä (Erwin 2005 s. 87-100). Teorian mukaan tasapainon pettäminen aiheuttaa aina epämiellyttävää stressiä. Kognitiivisen dissonanssiteorian mukaan tämä ristiriita voidaan poistaa esimerkiksi muuttamalla asennetta tai käyttäytymistä. Myös sellaisen informaation etsimisen, joka tukee tekoja ja saattaa asenteen ja käyttäytymisen sopusointuun, on todettu hälventävän aiemmin syntynyttä ristiriitaa. Toisaalta on todettu, että mikäli asenteeseen sisältyy vain vähän henkilökohtaista merkitystä tai panostusta, ei asenteiden vastainen käyttäytyminen välttämättä aiheuta epämiellyttävää oloa.

Miksi ihmisillä sitten on asenteita? Tätä on selitetty muun muassa neljällä eri tekijällä (Erwin 2005 s.16-19). Asenteista voi olla yksilölle hyötyä, jolloin puhutaan asenteen tarkoituksenmukaisuusfunktioista. Yksilön asenteista voi tulla maailmankatsomus, ja asenteet voivat tukea yksilön itsetuntoa. Tällöin puhutaan asenteen minää puolustavasta funktiosta. Asenteilla voi olla myös arvoja ilmaiseva funktio ja tiedollinen funktio. Tähän viimeksi mainittuun

tekijään liittyen on todettu, että yksilön kannalta asenteet voivat tehdä maailman ymmärrettävämmäksi antamalla ajattelulle viitekehyksen. Lisäksi on todettu, että asenteet ovat olennainen osa ryhmäjäsenyyttä, sosiaalisia suhteita ja sosiaalista identiteettiä (Helkama ym. 2013 s. 194). Asenteiden on myös todettu auttavan yksilöä tekemään päätöksiä nopeasti (Suoninen ym. 2011 s. 250). Lisäksi asenteiden avulla yksilöt tulkitsevat ympäristöään, ohjaavat käyttäytymistään sosiaalisissa tilanteissa ja jäsentävät kokemuksiaan itselle mielekkäiksi kokonaisuuksiksi (Erwin 2005 s. 9-10). Asenteiden on todettu vaikuttavan siihen, mitä yksilö näkee, kuulee, ajattelee ja miten hän mahdollisesti toimii.

Yksilöiden asenteiden ja arvojen samanlaisuudet lisäävät todennäköisyyttä, että ihmiset pitävät toisistaan (Helkama ym. 2013 s. 192). Ihmiset suhtautuvat myös luonnostaan myönteisemmin tuttua kohtaan, ja tuntemattomaan suhtaudutaan varauksellisemmin (Erwin 2005 s. 37, Helkama ym. 2013 s. 189). Aina tuttuus ei kuitenkaan lisää kohteesta pitämisestä (Erwin 2005 s. 38). Tiedetään, että jos yksilöllä on alkujaan kielteinen asenne jotakin asiaa tai henkilöä kohtaan, saattaa usein toistuva kontakti lisätä tätä kielteisyyttä.

Asenteiden muuttumisesta ja niiden pysyvyydestä on todettu, että ne liittyvät yksilön pyrkimykseen tasapainoon sosiaalisen ympäristönsä kanssa (Helkama ym. 2013 s. 194). Tämä pyrkimys tasapainoon ilmenee muun muassa mukautumisena ympäristön odotuksiin ja normeihin. Asenteiden muuttumiseen, etenkin pysyvään asennemuutokseen, vaikuttaa muun muassa yksilön motivaatio ja asenteen kohteeseen liittyvä aikaisempi tietomäärä (Helkama ym. 2013 s. 206). On esitetty, että asennemuutos on mahdollista, mikäli sanoma otetaan tarkkaan käsittelyyn ja väitteet todetaan vakuuttaviksi. Mutta jos sanoma koetaan esimerkiksi epäjohdonmukaiseksi tai huonosti perustelluksi, saattaa viestin vastaanottaja muuttaa asennettaan päinvastaiseksi viestin kanssa. Toisaalta tiedetään, että pelkkä asenteen kohteen miettiminen voi jyrkentää vallitsevaa asennetta.

## **5 AIKAISEMPIA TUTKIMUSTULOKSIA – FARMASISTIT JA UNETTOMUUDEN HOITO**

### **5.1 KANSAINVÄLISET TUTKIMUKSET**

Tässä väitöskirjassa esitettävät tieteelliset julkaisut tutkimuksen tekijä on hakenut pääasiallisesti Nelli-portaalin useita eri tietokantoja hyödyntäen. Kirjallisuushaussa on hyödynnetty etenkin PubMed-, CINAHL- sekä Medic-tietokantoja, ja vuosirajauksena on käytetty julkaisuja vuodesta 2001 helmikuuhun 2016. Hakusanoina olivat erilaiset yhdistelmät sanoista pharmacy, pharmacist, insomnia, sleep, benzodiazepine, hypnotic, sleeping pill, dependence, stigma, abuse, misuse, attitude ja experience. Hakusanoista yhtenä oli aina pharmacy/pharmacist. Osumia tuli yhdistelmistä riippuen 56-137, joista apteekkeihin liittyviä unettomuustutkimuksia oli 18. Yksi julkaisu jäi hyödyntämättä, koska siinä ei varsinaisesti käsitelty tutkimustuloksia, ja toinen hyödyntämättä jäänyt julkaisu koski Lähi-idässä suoritettua tutkimusta. Suomenkielisinä hakusanoina erilaisina yhdistelminä käytettiin sanoja farmaseutti, apteekki, unilääke, uni, unettomuus, riippuvuus, PKV-lääke, lääkäri, lääkeneuvonta ja lääkkeetön neuvonta. Unettomuuteen ja apteekkiin liittyviä osumia löytyi yksi.

Kansainvälisesti tarkasteltuna unettomuudesta ja sen hoidosta apteekin näkökulmasta on julkaistu vuosina 2001-2016 alle 20 tieteellistä artikkelia. Niissä on käsitelty muun muassa farmasistien suhtautumista lääkitykseen ja esitetty tutkimustuloksia palveluista, jotka on kehitetty apteekin unettomille asiakkaille (Taulukko 2). Tuloksia on myös julkaistu farmasistien käsityksistä lääkäreiden unilääkkeisiin liittyvistä määräämiskäytännöistä sekä farmasistien omasta roolista unettomuuden hoidossa.

Julkaisujen vähäisen määrän vuoksi tähän väitöskirjaan on otettu mukaan kaikki sellaiset länsimaiset julkaisut (n=16), jotka liittyvät läheisesti tutkimusaiheeseen. Taulukko 2 esittää tekijöidensä mukaan aakkosjärjestyksessä, tiivistetyssä muodossa sellaisia tutkimuksia, jotka liittyvät sekä unettomuuteen että apteekkeihin. Taulukkoon on koostettu tutkimusaihe, -maa, -menetelmä ja -ajankohta tulosten ja tutkimuksen kohderyhmän lisäksi. Yhteenvetona voidaan todeta, että näiden tutkimusten perusteella ei kyetä tekemään tilastollisia yleistysiä.

**Taulukko 2.** Kooste vuosien 1998-2012 unettomuustutkimuksista (n=16), joissa apteekit on jollakin tapaa otettu huomioon. Tutkimukset on esitetty tekijöiden mukaan aakkosjärjestyksessä.

Viite	Tutkimusaihe, tutkimusvuosi	Tiedonantajat	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustuloksia
Cheung ym. 2014, Australia	Unettomien kokemuksia ja liittymisen unettomuuteen ja sen hoitoon, 2011-2012	Unettomat potilaat (n=26), unettomuuskliniikka, New South Wales	Yksilöhaastattelu, laadullinen menetelmä	Näkemykset farmasistien yleislääkäreitä vähäisemmästä roolista unettomuuden hoidossa
Davy ym. 2015, Iso-Britannia	Terveystieteiden henkilöstön ja potilaiden kokemuksia ja havaintoja unettomuuden hoidosta perusterveydenhuollossa, 2011	Unettomat potilaat (n=28) ja terveydenhuoltohenkilöstö (n=23), joista farmasisteja 5, perusterveydenhuolto, Nottinghamshire ja Lincolnshire	Yksilö- ja ryhmähaastattelua, laadullinen menetelmä	Farmasistit olivat huolestuneita unilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä ja osa unettomista unilääkeriippuvuudesta. Farmasisteilla oli vähäiset tiedot unettomuuden CBT-hoitomenetelmästä.
Dollman ym. 2005, Australia	Unettomuuteen käytettävien bentsodiatsepiinien käytön vähentäminen usean tahon yhteistyöllä, 1998-2001	Mm. potilaita, läheisiä, yleislääkäreitä, farmasisteja, hoitohenkilökuntaa	Toimintatutkimus	Tietojen ja taitojen kehittäminen unettomuuden hoitoon ja bentsodiatsepiinilääkitysten käytön vähentämiseksi. Kahden vuoden seuranta-aikana bentsodiatsepiinien kulutus väheni 19 %.
Fuller ym. 2011, Australia	Unihäiriöiden seulonta ja neuvonta apteekissa, 2009	Farmasistit (n=23), apteekin asiakkaat (n=325)	Mm. unihäiriöseulonnassa 3 erilaista mittaria, seurantakysely	Kuvaus farmasistien suorittamista seulonnoista, asiakkaille suosittelemista interventioista ja niiden määristä sekä asiakkaiden hyödyntämistä interventioista



Fuller ym. 2016, Australia	Apteekin asiakkaiden unettomuuden lääkkeetön hoito farmasistin ohjaamana uniärsyke- ja unirajoittemenetelmää hyödyntäen, 2011-2012	Farmasistit (n=12) ja unettomat asiakkaat (n=46), New South Wales	Ryhmätasolla satunnaistettu, kontrolloitu interventiotutkimus, 3 erilaista standardoitua mittaria	Farmasistit kykenivät onnistuneesti opastamaan unettomia asiakkaita hyödyntämään unettomuuden hoidon behavioraalisia hoitomenetelmiä.
Hersberger ym. 2006, Sveitsi	Unihäiriöseulonta apteekissa, 2003	Apteekkien asiakkaat (n=2743), apteekit (n=468)	Satunnaistamaton kyselytutkimus	Mm. apteekkien halukkuus suorittaa unihäiriöiden seulontaa, farmasistien näkemys asiakkaiden tyytyväisyydestä seulontapalveluun
Hoffmann 2013, Saksa	Farmasistien ja yleislääkäreiden käsitysten keskinäinen vertailu bentsodiatsepiinien ja z-lääkkeiden hyödyistä ja haitoista, 2012	Farmasistit (n=202, vastaus-% 33,7) ja yleislääkärit (n=458, vastaus-% 33,9)	Satunnaistettu postikyselytutkimus	Farmasistit suhtautuivat yleislääkäreitä varauksellisemmin z-lääkkeisiin. Sekä farmasistit että yleislääkärit suhtautuivat myönteisemmin z-lääkkeisiin kuin bentsodiatsepiineihin.
Kashyap ym. 2014, Australia	Apteekin asiakkaiden unettomuuden itsehoitoneuvonta, 2011	Apteekkien (n=100) asiakaspalveluhenkilökunta, South East Queensland	Satunnaistamaton haamuasiakas-tutkimus, asiakas pyytää tuotetta (n=50), asiakas pyytää apua unettomuuteen (n=50)	Itsehoitovalmisteen suositteleminen unettomuuden hoidoksi oli yleistä, ja lääkkeetön neuvonta oli vähäistä. Unettomuuden syytä tiedusteltiin noin kolmasosassa haamuasiakastapauksista.

Kippist ym. 2011, Aust- ralia	Apteekin asiakkaiden akuutin unettomuuden itsehoitoneuvon- ta, 2009	Apteekkifarmasistit (n=100), Newcastle ja Sydney	Satunnaista- maton haamuasiakas- tutkimus 100 apteekissa, skenaariona akuutti nukahtamiseen liittyvä unettomuus	Lääkkeetöntä neuvontaa annettiin 42 %:ssa, unettomuuden syytä selvitettiin 67 %:ssa ja itsehoitovalmis- tetta suositeltiin 96 %:ssa haamuasiakas- tapauksista.
MacFa dyen ym. 2001, Iso- Britan nia	Apteekin itsehoitolääkkei- den väärinkäyttö mukaan lukien unettomuuden hoitoon käytettävät valmisteet, 1998	Apteekin yksi farmasisti (n=87), Skotlanti	Satunnaista- maton postikysely- tutkimus	Unettomuuteen käytettäviä itsehoitovalmisteita epäiltiin väärinkäytettävän. Unettomuuden itsehoitovalmistei- den pitkäaikainen käyttö jakoi farmasistien mielipiteitä.
Nord- lund 2011, Suomi	Apteekkifarma- seutin näkemys unettomasta asiakkaasta, omasta koulutuksesta, omista velvoitteista ja kokemuksia asiakkaiden unilääkkeiden väärinkäyttämi- sestä, 2010	Apteekkifarmaseutit (n=223, vastaus-% 48)	Satunnaistettu postikysely- tutkimus	Farmaseuttien mielestä asiakkaat tiedustelivat ylei- simmin unettomuu- teen liittyen unetto- muuden itsehoito- valmisteista (51 %) ja unilääkeriippu- vuudesta (44 %). Farmaseuteista 58 % oli sitä mieltä, ettei ollut saanut riittä- västi koulutusta ko. aiheesta. Farmaseut- tien mielestä aptee- kissa tuli puuttua asiakkaiden unilääk- keiden käyttöön, kun unilääkettä käytettiin pitkäaikai- sesti tai sitä väärin- käytettiin.

Parr ym. 2006, Australia	Yleislääkäreiden ja potilaiden käsityksiä bentsodiatsepiinilääkityksestä ja sen lopettamisesta	Yleislääkärit (n=28) ja bentsodiatsepiineja käyttävät potilaat (n=23), Cairns	Laadullinen yksilöhaastattelututkimus	Yleislääkäreiden ja potilaiden ko. aiheeseen liittyvien käsitysten keskinäisen vertailun lisäksi potilaiden havainnot ja käsityksiä farmasisteista, mm. farmasistien riittämätön lääkeneuvonta
Péro-deau ym. 2016, Kanada	Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö ja siihen vaikuttavat tekijät, 2004-2005	Bentsodiatsepiineja pitkäaikaisesti ahdistuneisuuteen ja/tai unettomuuteen käyttävät potilaat (n=23, ikä ≥ 50 vuotta), yleislääkärit (n=9) ja farmasistit (n=11), Ottawa Valley	Syvähaastattelu	Farmasistien mielestä bentsodiatsepiinien lyhytaikainen käyttö oli hyväksyttävää. He arvostelivat lääkäreitä liiallisesta ko. lääkkeiden määräämisestä ja eivät kokeneet olevansa vastuussa näiden lääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä.
Towle ja Adams 2006, Iso-Britannia	Bentsodiatsepiinilääkityksen käytön vähentäminen farmasistivetoisesti, 2002-2005	Potilaat (n=369, ikä ≤ 70 vuotta), joilla pitkäaikainen bentso-diatsepiinilääkitys, Paisley	Satunnaistamaton, pitkittäinen interventiotutkimus	Farmasistivetoisen projektin myötä bentsodiatsepiinilääkemääräysten määrä väheni kolmessa vuodessa 67 %:lla.
Tran ym. 2009, Australia	Unihäiriöseulonta menetelmän kehittämisen apteekkikäyttöön, 2008	5 apteekkia, apteekin asiakkaat (n=84), New South Wales ja Victoria	Mm. seulonnassa 4 erilais-ta validoitua mittaria	Tutkimuksessa todettiin seulontamenetelmän soveltuvan apteekkikäyttöön.
Tze-Min Ang ym. 2008, Australia	Farmasistien ja vastavalmistuvien farmasistien uniterveystietoisuus, 2007	Uneen perehtyneet farmasistit (n=14), apteekkifarmasistit (n=14), viimeisen vuoden farmasistiopiskelijat (n=134), uneen	Satunnaistamaton, vertaileva kyselytutkimus	Farmasistien ja vastavalmistuvien farmasistien uniterveystiedoissa oli puutteita. He suhtautuivat myönteisesti uniterveyteen ja

		erikoistuneet lääkärit (n=26)		olivat kiinnostuneita kouluttautumaan ko. aiheeseen liittyen.
--	--	----------------------------------	--	---

## **NARRATIIVINEN KATSAUS AIKAISEMPAAN TUTKIMUKSEEN**

### **5.1.1 FARMASISTIEN HAVAINTOJA JA SUHTAUTUMINEN UNETTOMUUDEN LÄÄKEHOITOIHIN**

Farmasistien asenteista tiedetään saksalaistutkimuksen mukaan, että farmasistit suhtautuivat lääkäreitä hieman kriittisemmin niin sanottuihin Z-lääkkeisiin, erityisesti haittavaikutusten osalta, kun tutkittiin yleislääkäreiden ja farmasistien käsityksiä bentsodiatsepiinien ja Z-lääkkeiden, tsolpideemin ja tsopiklonin, hyödyistä ja haitoista unettomuuden hoidossa (Hoffmann 2013). Samaisen tutkimuksen mukaan sekä farmasistien että yleislääkäreiden mielestä Z-lääkkeet olivat bentsodiatsepiineja tehokkaampia ja turvallisempia unettomuuden hoidossa. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulee kuitenkin huomioida, että vastausprosentti oli vain 34, jolloin tulosten yleistettävyys perusjoukkoon on haasteellista.

Unettomuuden hoidosta on kanadalaistutkimuksessa todettu, että farmasistien mielestä bentsodiatsepiineja voitiin käyttää lyhytaikaisesti ja silloin, kun oli olemassa selkeä syy niiden käyttämiseksi (Pérodeau ym. 2016). Englantilaistutkimuksessa onkin todettu, että farmasistit olivat huolestuneita unettomien unilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä ja he olivat usein sitä mieltä, että pitkäaikainen unilääkkeiden käyttö tulisi lopettaa (Davy ym. 2015). Samaisen tutkimuksen mukaan farmasistit olivat havainneet, että unilääkkeiden määrääminen pitkäaikaiseen käyttöön oli yleistä. Akuuttiin tilanteeseen määrätty unilääke oli jäänyt usein pitkäaikaiseen käyttöön. Kanadalaistutkimuksen mukaan farmasistit arvostelivatkin lääkäreitä liiallisesta bentsodiatsepiinilääkkeiden määräämisestä (Pérodeau ym. 2016). Heidän mielestään lääkärit uusivat bentsodiatsepiinireseptejä liian helposti. Farmasistit olivat erään toisen kanadalaistutkimuksen mukaan myös huolissaan lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytännöistä, kun opiaatteja käyttäville asiakkaille määrättiin myös bentsodiatsepiineja (Kahan ym. 2011).

Bentsodiatsepiinilääkitykseen liittyneessä kanadalaistutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaiset, farmasistit ja yleislääkärit, myönsivät, että kyseessä olevien lääkkeiden pitkäaikaiskäyttö oli joillekin potilaille elämäntapa ilman lääketieteellistä päämäärää (Pérodeau ym. 2016). Toiset taas näkivät lääkityksen pikaratkaisuna, johon liittyi riippuvuus- ja toleranssiriski. Tutkimuksessa todettiin myös, että terveydenhuollossa työskenteli henkilöitä, jotka mieluummin keskittyivät mahdollisiin uusiin lääkkeiden käyttäjiin kuin lääkkeitä jo pitkäaikaisesti käyttäneisiin. Lisäksi farmasistit olivat havainneet englantilaistutkimuksen mukaan, että osa unettomista oli huolestunut unilääkkeisiin liittyvästä mahdollisesta riippuvuudesta ja välttelivät lääkkeen käyttämistä (Davy ym. 2015).

Bentsodiatsepiinilääkkeiden käyttö unettomuuden ja ahdistuneisuuden hoidossa nähtiin kanadalaistutkimuksessa myös psykososiaalisten ilmiöiden medikalisoimisena (Pérodeau ym. 2016). Niin lääkkeiden käyttäjät kuin terveydenhuollon ammattilaisetkin kokivat usein lääkkeiden olevan helppo

ratkaisu monimutkaisiin terveyteen liittyviin elämäntilanteisiin. Terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat bentsodiatsepiinien käyttöä nyky-yhteiskunnan oireeksi - menestyäkseen nyky-yhteiskunnassa kaikkea pitää hoitaa nopeasti ja hinnalla millä hyvänsä. Toisaalta osalla lääkkeiden käyttäjistä ja terveydenhuollon ammattilaisista oli käsitys, jonka mukaan lääkkeet olivat luonnollinen osa ikääntyvän elämää.

Myös lääketieteellisuuden on katsottu vaikuttavan lääkkeiden käyttöön. Kanadalaistutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset olivat kuitenkin eri mieltä siitä, miten merkittävästi lääkeyhtiöt kykenevät vaikuttamaan lääkkeiden käyttöön (Pérodeau ym. 2016). Toiset myönsivät lääkeyhtiöiden painostuksen olemassaolon.

### **5.1.2 LÄÄKITYKSEN VÄHENTÄMINEN JA LOPETTAMINEN**

Farmasistien osallistumista bentsodiatsepiinilääkitysten vähentämiseksi ja lopettamiseksi on tutkittu jonkin verran. Australialaisessa toimintatutkimuksessa on osoitettu, että bentsodiatsepiiniunilääkityksen vähentäminen onnistui, kun mukana oli useita eri tahoja, apteekit mukaan lukien (Dollman ym. 2005). Lääkityksen vähentämiseen valjastettiin muun muassa kuluttajat, tiedotusvälineet ja terveydenhuollon ammattilaiset, joita tuettiin muutoksessa heidän tietojaan ja taitojaan kehittämällä.

Riippuvuuden hoidossa on todettu olevan pääsääntöisesti kaksi tapaa, joko lääkityksen asteittainen lopettaminen tai kontrolloitu ylläpitohoito (Brett ja Murnion 2015). Näiden vaihtoehtojen väliseen valintaan vaikuttavat merkittävästi potilaan ominaisuudet. Lisäksi on todettu, että tässä kohdin tulevat mukaan paikalliset apteekit, jotka jakavat potilaille bentsodiatsepiinit säännöllisesti pienissä erissä.

Farmasisteja koskeneessa kanadalaistutkimuksessa on todettu, että farmasistit eivät olleet aktiivisia bentsodiatsepiinilääkitysten lopettamisessa ja että he kokivat lääkityksen lopettavat asiakkaat haastavina (Pérodeau ym. 2016). Samaisen tutkimuksen mukaan farmasistien keskuudessa oltiin sitä mieltä, että koska farmasistit eivät lääkkeitä määränneet, he eivät myöskään olleet vastuussa unettomuuden ja ahdistuksen hoidossa käytettävien bentsodiatsepiinien pitkäaikaikäkäytöstä. Farmasistit saattoivat myös nähdä lääkehuollon liiketaloudellisesta näkökulmasta ja lääkkeiden käytön vähentämisen ilmaisena vapaaehtoistyönä.

Esimerkkinä farmasistien osallistumisesta bentsodiatsepiinilääkkeiden käytön vähentämiseksi on skotlantilaisprojektissa osoitettu farmasisteilla olleen aktiivinen, johtava rooli potilaan lääkityksen käytön asteittaisessa vähentämisessä (Towle ja Adams 2006). Farmasistit olivat muun muassa olleet aloitteellisia potilaiden kannustamisessa lääkityksen lopettamiseksi, laatineet potilaille yksilöllisiä lääkkeen käytön lopettamissuunnitelmia, huolehtineet lääkityksen vähentämiseen tarvittavan lääkemääräyksen teknisestä suunnittelusta sekä tehneet yhteistyötä projektiin osallistuneiden lääkäreiden kanssa muun muassa antamalla lääkäreille palautetta. Projektin

myötä kolmessa vuodessa bentsodiatsepiinilääkemääräysten määrä väheni 67 %:lla.

On myös todettu, että farmasistien roolia bentsodiatsepiinilääkityksen käytön seurannassa tulisi edelleen vahvistaa (Lader ym. 2009). Tämän on todettu vähentävän näiden lääkkeiden käytöstä aiheutuvaa muun terveydenhuollon kuormittamista. Toisaalta sekä lääkärit että farmasistit ovat kokeneet olemassa olevan ammatillisen yhteistyön liian vähäiseksi (Pérodeau ym. 2016).

Kun on tutkittu bentsodiatsepiineja käyttävien käsityksiä kyseessä olevasta lääkityksestä, on australialaisessa, laadullisessa haastattelututkimuksessa todettu, että farmasistien osallistuminen lääkehoitoon oli koettu myönteisenä asiana niin lääkkeen käytön aikana kuin lääkitystä lopetettaessa (Parr ym. 2006). Tutkimuksen tuloksissa todettiin muun muassa, että lääkityksen aikana todennäköisimmin farmasistit neuvoivat lääkkeen yhteisvaikutuksista alkoholin ja muiden lääkkeiden kanssa sekä antoivat potilaalle lääkkeeseen liittyvää kirjallista materiaalia. Osa farmasisteista myös tiedusteli lääkkeen käyttöä.

Samaisen tutkimuksen mukaan lääkitystä lopetettaessa haastateltavat pitivät tärkeänä farmasisteilta saatavaa tukea lääkäriltä ja muilta saadun tuen lisäksi (Parr ym. 2006). Toisaalta farmasisteja arvosteltiin siitä, etteivät he olleet antaneet lainkaan lääkeneuvontaa tai se oli ollut haastateltavan mielestä liian vähäistä. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että lääkkeiden käyttäjät kokivat farmasistien roolin monipuolisempana kuin yleislääkärit. Laadullisessa haastattelututkimuksessa yleislääkärit eivät nimittäin maininneet farmasistien roolia muissa kohdin kuin bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisen yhteydessä.

### **5.1.3 UNETTOMUUDEN ITSEHOITO**

Apteekin roolia unettomuuden hoidossa on tutkittu myös haamuasiakastutkimuksin. Esimerkiksi australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin apteekin roolia akuutin unettomuuden hoidossa (Kippist ym. 2011). Tutkimuksessa todettiin muun muassa, että nuoremmat farmasistit olivat taitavampia antamaan akuuttiin unettomuuteen liittyvää itsehoitolääkeneuvontaa ja lääkkeetöntä neuvontaa. Lisäksi farmasistit suosittelivat haamuasiakasasetelmaan nähden itsehoitolääkintää odotettua useammin, ja kaiken kaikkiaan unettoman haamuasiakkaan saama lääkkeetön neuvonta oli vähäistä. Haamuasiakas sai lääkkeetöntä neuvontaa 42 apteekissa 100:sta tutkitusta apteekista. Yleisemmin neuvontaa annettiin piristävistä juomista, makuuhuoneen rauhoittamisesta ja rentoutumisesta. Säännöllisestä uni-valvetyntä oli keskusteltu 10 %:ssa haamuasiakastapaamisista. Unettomuuden mahdollista syytä oli selvittänyt 67 % farmasisteista.

Toisessa australialaisessa, myös 100 apteekkia sisältäneessä, haamuasiakastutkimuksessa todettiin, että apteekkihenkilökunta oli

kiinnittänyt vain hyvin vähän huomiota unettomien itsehoitoasiakkaidensa elämäntapaan (Kashyap ym. 2014). Esimerkiksi yhdeltäkään unettomalta haamuasiakkaalta ei ollut tiedusteltu alkoholin käytöstä tai tupakoinnista. Kofeiinista oli keskusteltu 8 %:ssa ja liikunnasta ennen nukkumaanmenoa 3 %:ssa haamuasiakastapauksista. Sen sijaan stressistä, ahdistuksesta tai huolista unettomuuden taustalla oli keskusteltu haamuasiakkaan kanssa 26 %:ssa tapauksista. Syytä unettomuuteen oli tiedusteltu hieman yli 30 %:ssa haamuasiakastapauksista. Vain 14 %:ssa tapauksista suositeltiin unettomuuteen lääkkeettömiä unettomuuden hoitomenetelmiä, vaikka ne ovat unettomuuden ensisijaisia hoitomenetelmiä.

Unettomuuden itsehoidosta on englantilaistutkimuksessa todettu farmasistien olleen sitä mieltä, että apteekin itsehoitopuolen unettomat asiakkaat olivat usein tyytyväisiä lääkkeettömiin, unettomuuden hoidossa elämäntapoihin liittyviin neuvoihin, ainakin ollessaan unettomuuden hoitopolkunsu etsimisen alussa (Davy ym. 2015). Farmasistit olivat myös sitä mieltä, että nämä asiakkaat arvostivat usein neuvoja enemmän kuin unettomuuden itsehoitovalmisteita. Itsehoitovalmisteista on skotlantilaistutkimuksessa todettu, että niiden pidempiaikainen käyttö unettomuuden hoidossa oli joidenkin farmasistien mielestä ongelmallista, kun taas toiset farmasistit hyväksyivät myös tällaisen käytön elämänlaatua parantavana tekijänä (MacFadyen ym. 2001).

#### **5.1.4 APTEEKIN UUDET UNETTOMUUSPALVELUT**

Australiassa on 12 apteekissa kokeiltu onnistuneesti koulutettujen farmasistien toteuttaman behavioraalisen unettomuuden hoitomenetelmän toimivuutta (Fuller ym. 2016). Tutkimuksessa oli mukana sellaisia unettomia, joilla ei ollut käytössä reseptilääkitystä unettomuuteen. Tutkimuksessa hyödynnettiin behavioraalisista menetelmistä uniärsyke- ja unirajoitemenetelmää. Interventio sisälsi kolme unettoman ja farmasistin tapaamista sekä kirjallista materiaalia, johon kuului muun muassa unipäiväkirja. Farmasistit myös hyödynsivät niin sanottua ISI-testiä (insomnia severity index) määrittäessään tutkittavan henkilön unettomuuden vaikeusastetta tai riskiä sairastua unettomuuteen. Testiä käytettiin myös hoidon onnistumisen määrittämisessä. Aiemmin on jo osoitettu, että perusterveydenhuollon sairaanhoitajien antama CBT-pienryhmähoito on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa (Espie ym. 2007).

Lääkkeettömien unettomuuden hoitomenetelmien taustalla vaikuttaa ajatus, jonka mukaan CBT-menetelmän käytössä edettäisiin asteittain unettoman henkilön unettomuuden vaikeusasteen ja hoitoon reagoimisvasteen mukaan (Espie 2009). Ideana on, että mahdollisimman moni voisi hyötyä tästä hoitomuodosta mahdollisimman tehokkaasti. Tavoitteena on, että vain vaikeimmat unettomuustapaukset päätyisivät varsinaisten unettomuusasiantuntijoiden hoidettaviksi ja niin sanotut



lievemmat tapaukset ja helpommin hoitoihin reagoivat hoituisivat vähäisemmillä interventioilla, esimerkiksi joko unettoman itsenäisellä omahoidolla tai esimerkiksi sairaanhoitajan tai farmasistin tukemana.

Apteekin roolia unettomuuden hoidossa on pyritty laajentamaan seulontojen suuntaan kokeilemalla niiden toimittavuutta ainakin Sveitsissä ja Australiassa (Hersberger ym. 2006, Tran ym. 2009, Fuller ym. 2011). Näiden tutkimusten mukaan kouluttamalla farmasisteja apteekkeja on kyetty hyödyntämään onnistuneesti unihäiriöiden seulonnassa.

Esimerkiksi Sveitsin apteekkeissa on kampanjoitu apteekin asiakkaiden mahdollisten unihäiriöiden, unettomuus mukaan lukien, seulomiseksi ja tarvittaessa seulonnan tulosten pohjalta on neuvottu unihygieniaan liittyvissä asioissa tai ohjattu lääkäriin (Hersberger ym. 2006). Kampanjan jälkeen hieman yli puolet mukana olleista sveitsiläisapteekkeista (n=468) oli ollut halukkaita jatkamaan unihäiriöiden seulontaa apteekissa, ja farmasistien mielestä asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä saamaansa seulonta- ja neuvontapalveluun.

Myös Australiassa on kehitetty onnistuneesti apteekin asiakaspalvelutilanteeseen soveltuvaa unihäiriöseulontatestiä (Tran ym. 2009). Seulonnassa keskityttiin löytämään sellaiset apteekin asiakkaat, joilla oli todennäköisesti unettomuutta, obstruktiivista uniapneaa tai levottomat jalat -oireyhtymä tai riski sairastua näihin.

Lisäksi Australiassa on kehitetty apteekin farmasisteille soveltuvaa palvelukonseptia asiakkaiden mahdollisten unihäiriöiden, unettomuuden, obstruktiivisen uniapnean ja levottomat jalat -oireyhtymän, seulontaan ja näiden unihäiriöiden neuvontaan (Fuller ym. 2011). Tämän palvelun kehittämistyöhön kuului farmasistien unihäiriöihin liittyvien valmiuksien lisääminen koulutuksella ja erilaiset palveluun liittyvät materiaalit, jotka tukivat farmasistien seulonta- ja neuvontatyötä.

Seulontatyössä hyödynnettiin unihäiriöriskitestiä, jonka tuloksen perusteella riskiryhmiin kuuluvat asiakkaat saivat ohjeen kääntyä lääkärin puoleen ja/tai kirjallista tai suullista neuvontaa (Fuller ym. 2011). Tässä kehittämistyössä keskityttiin seulonnassa ja neuvonnassa elämäntapatekijöihin, lääkitykseen, eräisiin sairauksiin ja unihygieniaan liittyviin tekijöihin, kuten tupakointiin, alkoholiin, kofeiiniin, unta häiritsevään lääkitykseen, meluun, valaistukseen ja lämpötilaan. Kehittämistyöhön liittyneen tutkimuksen mukaan 74 % asiakkaista (n=325) olisi ollut valmis suosittelemaan palvelua ystävälleen, ja puolet tutkimuksessa mukana olleista asiakkaista olisi ollut valmis maksamaan palvelusta.

Apteekin farmasistien roolin laajentaminen syvällisemmin koskemaan unettomuuden hoitoa ei välttämättä ole yksinkertaista. Erään laadullisen australialaistutkimuksen mukaan unettomat kokivat farmasistien roolin unettomuuden hoidossa selvästi vähäisempänä kuin yleislääkäreiden ja liittyvän unettomuuden lääkkeellisiin hoitoihin (Cheung ym. 2014). Farmasistit nähtiin unettomuuden hoitoon liittyvien valmisteiden myyjinä, ei henkilöinä, joilta haettaisiin apua unettomuuden lääkkeettömiin hoitoihin.

Mutta kun haastateltavilta oli tiedusteltu asiaa tarkemmin, kokivat haastateltavat apteekissa työskentelevät farmasistit potentiaalisina unen ja unettomuuden tiedonlähteinä. Erityisesti farmasisteilta toivottiin saatavan apua unettomuuden vaihtoehtoihin, ilman reseptiä myytäviin valmisteisiin liittyen sekä tietoja unettomuuden hoitopoluista. Apteekki koettiin myös paikaksi, jossa voitaisiin syvällisemmin keskittyä unettomuuteen tarjoamalla unettomille palveluja joko yksilö- tai ryhmätasolla. Samaisessa tutkimuksessa todettiin, että pääsääntöisesti apua haettiin yleislääkäriltä, vaikka apua voitiin hakea myös psykologilta, psykiatrilta tai farmasistilta.

Apteekin palveluiden laajentamiseksi tarvitaan asiakkaiden asenteiden muutoksen lisäksi farmasistien kouluttautumista. Esimerkiksi englantilaistutkimuksen mukaan farmasistien tiedot unettomuuden CBT-hoitomenetelmästä olivat vähäiset (Davy ym. 2015). Farmasistit olivatkin toivoneet työhönsä enemmän hoitovaihtoehtoja ja lisää koulutusta unettomuuden hoidosta. Australialaistutkimuksen mukaan tiedetään myös, että vastavalmistuvien ja apteekkeissa työskentelevien farmasistien tiedot uniterveydestä olivat vähäisiä (Tze-Min Ang ym. 2008). Toisaalta tutkimuksessa mukana olleet olivat kiinnostuneita hankkimaan lisää tietoa kyseisestä aiheesta.

### **5.1.5 FARMASISTIN ROOLIN LAAJENTAMISESTA**

Yleisesti on todettu, että farmasisteja pidetään pätevinä, helposti lähestyttävinä, lääkäreitä helpommin tavoitettavissa olevina ja hyvin koulutettuina terveydenhuollon ammattilaisina sekä apteekkeja helposti lähestyttävinä paikkoina, joista saa neuvoja (Saramunee ym. 2014). On myös todettu, että farmasistit itse ovat olleet halukkaita laajentamaan rooliaan terveydenhuollossa, mutta ovat kokeneet lääkkeiden toimittamiseen liittyvien velvollisuuksien rajoittavan tätä roolin laajentamista (Anderson ym. 2003).

Englantilaistutkimuksessa todettiin, että farmasistit kokivat reseptitoimitukseen liittyvän työmäärän niin merkittäväksi, että se esti heitä tarjoamasta asiakkaille muita terveydenhuoltoon liittyviä palveluja (Saramunee ym. 2014). Farmasistit kuitenkin pääsääntöisesti kokivat tämän tutkimuksen mukaan itsensä päteviksi tarjoamaan myös muita palveluita, mutta kokivat nykyisen työmäärän rajoittavan heidän toimenkuvansa laajentamista. Farmasistien onkin todettu pitävän roolinsa laajentamista muiden terveydenhuollon palveluiden suuntaan tärkeänä, mutta toissijaisena lääkkeisiin liittyvään rooliinsa nähden (Eades ym. 2011). Roolin laajentaminen on nähty ongelmallisena ajanpuutteen lisäksi kysynnän ja asianmukaisten tilojen puutteen vuoksi. Myös asiakkaan oletettu kielteinen suhtautuminen uusiin, farmasistin tarjoamiin palveluihin on koettu farmasistien keskuudessa haasteena.

Farmasistin roolin laajentaminen ei ole ollutkaan itsestään selvää. Yhden tutkimuksen mukaan farmasistin roolin laajentamista farmaseuttisessa hoidossa, lääkehoitojen onnistumisen tukemisessa, olivat joidenkin

lääkäreiden lisäksi vastustaneet myös osa farmasisteista (Bryant ym. 2009). Esimerkiksi 58 % farmasisteista (n=580) oli tämän kyseessä olevan tutkimuksen mukaan ollut sitä mieltä, että heidän työtehtäviinsä kuului valvoa lääkehoidon vaikuttavuutta monitoroimalla potilaan edistymistä. Tätä mieltä oli ollut kyselyyn osallistuneista yleislääkäreistä 20 % (n=565).

Tutkimuksessa todettiin työtehtävien monipuolistamisesta, että esteenä oli muun muassa se, että alle 50 % farmasisteista oli kokenut, että heidän farmaseuttisiin hoitoihin liittyvät tietonsa ja taitonsa olivat riittäviä työtehtävien laajentamiseksi (Bryant ym. 2009). Myös suuremman vastuun ottaminen asiakkaiden farmaseuttisesta hoidosta ei miellyttänyt kaikkia farmasisteja, ja farmasistien keskuudessa olikin havaittavissa muutosvastaisuutta. Onkin todettu, että osa farmasisteista ei ole kokenut kuuluvansa kiinteästi potilaan hoitoketjuun (Farrell ym. 2012, Pérodeau ym. 2016). Osa heistä toimii ikään kuin lääkäreiden apulaisina, joiden rooliin kuuluu edelleen lääkkeiden toimittaminen ja lääkeneuvonta, ei varsinainen farmaseuttinen hoito.

Lisäksi on todettu, että mikäli liiketoimintaan suuntautuneet apteekit eivät priorisoi apteekin tarjoamia farmaseuttisia hoitopalveluita kovin korkealle, on tällöin todennäköistä, että ne jäävät myöskin toteutumatta apteekin palveluvalikoimassa (Bryant ym. 2009). On myös todettu, että apteekkien tarjoamat lyhytkestoiset ja satunnaiset palvelut eivät ole vahvistaneet mielikuvaa apteekkeista monipuolisina terveydenhuollon palveluita tarjoavina osapuolina (Saramunee ym. 2014).

Apteekin asiakkaiden suhtautumisesta farmasistien roolin laajentamiseen tiedetään, että asiakkaat ovat kokeneet toisaalta farmasistit oikeina henkilöinä osallistumaan terveydenhuoltoon muutenkin kuin lääkkeisiin liittyvällä osaamisellaan (Eades ym. 2011, Saramunee ym. 2014). Toisaalta kaikki apteekin asiakkaat eivät ole olleet vakuuttuneita farmasistien kyvykkyydestä roolinsa laajentamissa. Myös lääkäreiden keskuudessa on ollut niitä, jotka ovat suhtautuneet farmasistien roolin laajentamiseen epäilevämmiin (Saramunee ym. 2014). Lääkärit ovatkin olleet tyytyväisiä farmasistien tarjoamaan peruspalveluun, kuten esimerkiksi lääkeneuvontaan. Sen sijaan he ovat suhtautuneet varauksellisemmin farmasistien roolin laajentamiseen terveyspalveluissa, kuten esimerkiksi pitkäaikaissairauksien seurantaan. Onkin todettu, että lääkärit eivät useinkaan ole tukeneet apteekkeista saatavia palveluita. Mutta toisaalta englantilaistutkimuksen mukaan niin farmasistit, lääkärit kuin kansalaisetkin näkivät apteekkien tarjoamien uusien terveydenhuoltoon liittyvien palveluiden kansanterveydellisen merkityksen vähäisenä (Saramunee ym. 2014). Lisäksi samaisessa tutkimuksessa todettiin, että niin farmasistien kuin lääkäreidenkin mielestä paikallista, ammatillista yhteistyötä tuli lisätä, kun farmasistien roolia erilaisissa terveydenhuollon palveluissa laajennetaan.

## 5.2 SUOMALAISTEN APTEEKKIFARMASEUTTIIEN KÄSITYKSIÄ UNETTOMUUDEN HOIDOSTA

Suomalaisten apteekkifarmaseuttien käsityksiä unettomuuden hoidosta ja unilääkkeiden käytöstä on viimeisen kymmenen vuoden aikana tutkittu ainoastaan yhdessä tutkimuksessa. Susanna Nordlundin (2011) opinnäytetyöhön liittyvässä, alkuvuodesta 2010 suoritetussa valtakunnallisessa kyselyssä ja sen analyysissä oli mukana 223 apteekkifarmaseutin vastaukset vastausprosentin ollessa 48.

Nordlundin (2011) tutkimuksessa havaittiin, että osa unettomista asiakkaista oli kiinnostuneita unilääkkeisiin liittyvästä riippuvuudesta, toleranssista ja muista haittavaikutuksista. Puolet kyselyyn osallistuneista farmaseuteista oli sitä mieltä, että asiakkaat olivat huolestuneita unilääkkeiden aiheuttamasta riippuvuudesta ja toleranssista. Tutkimuksessa tiedusteltiin sitä, mitä haittavaikutuksia asiakkaat kertoivat unilääkkeiden heille aiheuttavan. Eniten farmaseuteille oli kerrottu hermostoon liittyvistä haitoista. Lisäksi kyselyssä 16 % farmaseuteista ilmaisi, että asiakkaat olivat kokeneet unen laadun huonoksi unilääkkeen käytöstä huolimatta.

Lääkärit saivat Nordlundin (2011) kyselyssä arvostelua osakseen. Kyselyyn vastanneista farmaseuteista 80 % oli sitä mieltä, että lääkärit määräsivät unilääkkeitä liikaa ja 92 % sitä mieltä, että lääkärit määräsivät niitä liian pitkäksi ajaksi. Vastaavasti lähes kaikki farmaseutit olivat sitä mieltä, että unettomat käyttivät unilääkkeitä liian pitkiä aikoja. Farmaseuteista 72 % oli samaa mieltä väittämän ”Asiakkaat kertovat usein, että heidän on vaikea lopettaa unilääkkeiden käyttö.” kanssa. Farmaseuttien unettomien keskuudessa havaitsema unilääkkeiden ensisijaisuus unettomuuden hoidossa tuli esille Nordlundin kyselyssä ainakin siinä mielessä, että tutkimuksessa ainoastaan 14 % farmaseuteista oli sitä mieltä, että ”Asiakkaat kertovat hoitavansa unettomuutta muutenkin kuin lääkkeillä”.

Lisäksi opinnäytteen empiirisessä osassa todettiin, että farmaseutit olivat kokeneet, että unettomuus oli monille asiakkaille ongelma ja että unilääkkeiden käyttö oli runsasta. Nordlundin (2011) kyselyssä 62 % farmaseuteista oli ollut sitä mieltä, että unihäiriöistä henkilöä oli vaikea neuvoa apteekissa. Farmaseutit ilmoittivat myös sellaisista tilanteista, jolloin heidän tulisi puuttua asiakkaansa unilääkkeiden käyttöön. Tällaisia olivat unilääkkeiden jatkuva, pitkäaikainen käyttö, unilääkkeiden väärinkäyttö ja väärä käyttö sekä liian lyhyet toimitusvälit.

Kyselyyn osallistuneista apteekkifarmaseuteista 58 % oli kokenut, ettei ollut saanut riittävästi unettomuuden hoitoon liittyvää koulutusta. Koulutusta oli toivottu muun muassa itse unilääkkeistä ja niiden käytön vähentämisestä ja lopettamisesta, unettomuuden lääkkeettömistä hoidoista sekä unettoman asiakkaan kohtaamisesta ja ohjaamisesta. Lisäksi toivottiin tietoa lääkäreiden unilääkkeisiin liittyvistä määräämis- ja uusimiskäytännöistä sekä terveyskeskusten toimintatavoista. Farmaseutit kaipaivat myös tietoa melatoniinista ja yleensäkin unettomuudesta. Kyselyyn vastanneista

farmaseuteista oli unettomuuden *Käypä hoito* -suositukseen tutustunut 48 % eli hieman alle puolet, mutta unettomuuden lääkkeettömät hoidot ja ohjeet olivat tuttuja 85 %:lle kyselyyn vastanneista. Toisaalta 46 %, eli alle puolet farmaseuteista, ilmoitti keskustelleensa unilääkkeitä ostavan asiakkaansa kanssa muista hoitovaihtoehdoista.

## 6 TUTKIMUSOSA

Tutkimuksen filosofisena näkökulmana on sosiaalinen konstruktionismi. Tämän suuntauksen mukaan ilmiöt nähdään sosiaalisesti rakentuneiksi – kontekstisidonnaisina, sosiaalisten yhteisöjen tuotteina (Kuusela 2002 s. 53-63). Tiedettä koskien lähtökohtana on ajatus tieteestä yhteisöllisenä saavutuksena.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa analysoitava aineisto oli farmaseuttien luomaa kirjallista materiaalia, joka muodostui sanallisista ilmaisuista. Tutkimuksen tekijä vuorostaan analysoi nämä ilmaisut tulkitsemalla niitä omasta kulttuurisesta näkökulmastaan. Sosiaalisessa konstruktionismissa korostetaan kielen merkitystä muun muassa sosiaalisen todellisuuden rakentumisessa (Kuusela 2002 s. 51-60). Tämän suuntauksen mukaan kieli luo ja rakentaa todellisuutta - todellisuus konstruoidaan aina kielellisesti ja ihminen havaitsee todellisuutta sen mukaan, mitä on tarjolla. Tämä havaitseminen on aktiivista todellisuuden konstruointia. Suuntauksen keskeinen lähtökohta onkin kielenkäytön ymmärtäminen, ei niinkään todellisuuden kuvana, vaan enemmänkin tekona tai toimintana. Kielenkäyttö nähdään seurauksia tuottavana toimintana. Se muun muassa tuottaa tulkintoja todellisuudesta, kuvaa tilanteita, toimii yksilöiden ajattelun ilmaisuvälineenä, ja kielen avulla perustellaan ja oikeutetaan asioita.

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan ajattelulla, tiedolla ja merkitysten muodostumisella on sosiaalinen alkuperä (Kuusela 2002 s. 57-69). Ajattelussa tulkitaan, muotoillaan ja haastetaan sääntöjä. Se on argumentaatiota. Sitä ei nähdä pelkästään yksilön mielessä tapahtuvana, vaan se nähdään myös sosiaalisena ilmiönä. Ajattelu tapahtuu ihmisten välillä. Myös tieto on sosiaalisen konstruktionismin mukaan sosiaalinen tuote. Se nähdään yhteisöllisenä konstruktiona ja merkitysten muodostuminen sosio-kulttuurisena ilmiönä. Myöskin tieteellinen tieto on tämän suuntauksen mukaan sosiaalisesti konstruointia.

### 6.1 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen päätavoitteena oli tutkia ja kuvata apteekeissa työskentelevien farmaseuttien ajatuksia, havaintoja, toimintaa ja kokemuksia liittyen työikäisten asiakkaiden unettomuuteen, unilääkkeisiin ja unilääkkeiden käyttäjiin. Tutkimuksessa keskityttiin suomalaisten apteekki-farmaseuttien näkökulmaan.

Tutkimuksella oli lisäksi kolme osatavoitetta. Ensimmäisenä osatavoitteena oli selvittää sitä, miten tärkeänä farmaseutti koki apteekin roolin unettomuuden hoidossa. Toisena osatavoitteena oli ottaa selvää siitä, millaista lääkkeetöntä neuvontaa farmaseutit antoivat unettomille

asiakkailleen unettomuuden itsehoitovalmisteiden suosittelevien yhteydessä. Kolmantena osatavoitteena oli löytää apteekkeja koskevia mahdollisia unettomuuden hoidon kehittämiskohteita.

## **6.2 AINEISTOT**

### **6.2.1 TIEDONANTAJIEN HANKINTA**

Koska apteekki- ja farmaseuttien näkökulmaa unettomuusaiheesta on tutkittu vain vähän, päätti tutkimuksen tekijä suorittaa tutkimuksen laadullisena. Pääpaino oli avoimissa kysymyksissä, joilla haluttiin saada aiheesta syvällistä tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tiedonantajat tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta asiasta tai heillä on siitä kokemusta (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 85), joten tutkimuksen tekijä valitsi tiedonantajiksi apteekkeissa työskentelevät farmaseutit.

Laadullinen aineisto voidaan kerätä monella tavalla. Aineistonkeruumenetelminä voidaan käyttää tutkimusaiheen mukaan esimerkiksi eri tavoin suoritettuja haastatteluja, havainnointia sekä eri tavoin kerättyjä kirjallisissa muodossa olevia aineistoja (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 76-109). Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui tutkimuksen tekijän henkilökohtaisista syistä johtuen sähköpostin välityksellä lähetettävä lomakekysely. Lisäksi tällä tavoin pystyttiin saamaan mukaan tutkimukseen laajemman apteekki- ja farmaseuttikunnan ajatuksia ja käytäntöjä kuin mitä olisi ollut mahdollista saada perinteisellä laadullisella haastattelututkimuksella.

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat apteekkeissa työskentelevät farmaseutit, joita oli lokakuussa 2012 Apteekkien Työnantajaliiton mukaan 3687 (Apteekkien Työnantajaliitto 2012) ja joita Suomen Apteekariliiton tilaston mukaan 31.12.2012 oli 3664 (Apteekkien Työnantajaliitto 2014a). Tutkimushetkellä keväällä 2013 apteekkeissa työskenteleviä farmaseutteja oli siten noin 3600.

Tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat olivat niitä henkilöitä, joiden sähköpostiosoitteet olivat Suomen Farmasialiiton jäsenyhdistysten tiedossa maaliskuussa 2013. Silloisia jäsenyhdistyksiä oli yhteensä 14. Nämä rekisteröidyt yhdistykset olivat Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Lahden, Tampereen, Uudenmaan, Saimaan, Helsingin, Pohjois-Karjalan, Pohjolan, Kymenlaakson, Turun, Länsi-Uudenmaan, Satakunnan ja Savon jäsenyhdistykset.

Tutkimuksen tekijä otti yhteyttä kyseessä olevien jäsenyhdistysten puheenjohtajiin ja/tai tiedottajiin sähköpostin välityksellä. Kahden jäsenyhdistyksen puheenjohtajille, Satakunnan ja Turun, tutkimuksen tekijä soitti, koska sähköpostitiedusteluihin ei saatu vastauksia. Kaikkien jäsenyhdistysten puheenjohtajat ja/tai tiedottajat, yhtä lukuun ottamatta, lupasivat osallistua tutkimukseen välittämällä viisi tutkimuskyselyä

jäsenyhdistysten sähköpostilistoilla oleville jäsenilleen. Yhdeltä jäsenyhdistykseltä tutkimuksen tekijä sai yhdistyksen sähköpostilistan omaan tutkimuskäyttöön. Täten oli mahdollista tavoittaa kaikkien jäsenyhdistysten jäseniä ja siten saada tutkimukseen maantieteellisesti edustava otos.

Tiedonantajat valittiin mukavuusotantaa hyödyntäen. Tutkimuksen tekijä on osallistunut aktiivisesti oman alueensa Suomen Farmasialiiton jäsenyhdistyksen toimintaan ja oli tietoinen, että kullakin jäsenyhdistyksellä oli hallussa sellaisten alueensa farmaseuttien sähköpostiosoitteet, jotka olivat sen jäsenyhdistykselle vapaaehtoisesti luovuttaneet. Tutkimuksen tekijällä oli tiedossa, että kyseessä olevia sähköpostilistoja olivat keränneet ainakin apteekkien luottamusmiehet ja yhdyshenkilöt, ja listoja oli luovutettu jäsenyhdistysten käyttöön. Toisena vaihtoehtona on ollut yhteydenpito jäsenyhdistysten ja luottamusmiesten/yhdysheikilöiden välillä, jotka ovat sitten hoitaneet yhteydenpidon työpaikan ammattiliittoon kuuluville farmasisteille. Lisäksi tiedetään, että farmaseuttien järjestäytymisaste oli 66,4 % alkuvuodesta 2012 (sähköpostitiedonanto 5.5.2015 Joonas Rantanen, Suomen Farmasialiitto). Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että tutkittavien valinta laadulliseen tutkimukseen oli sopiva. Tällä tavoin suoritettu tutkittavien valinta mahdollisti todenmukaisen ja luotettavan aineiston keräämisen.

Suomen Farmasialiiton valtakunnallisen sähköpostilistan hyödyntämisen tutkimuksen tekijä hylkäsi, koska se ei sisältänyt kaikkien apteekeissa työskentelevien farmaseuttien sähköpostiosoitteita. Lisäksi listan käyttö osoittautui byrokraattiseksi.

Tutkimuksen ensimmäinen kysely lähetettiin 5.3.2013 ja viimeinen 10.5.2013 jäsenyhdistysten edelleen välitettäväksi tai tutkimuksen tekijälle annettuihin jäsenten sähköpostiosoitteisiin (LIITE 1). Kyselyt, joita oli yhteensä viisi, toimitettiin kullekin jäsenyhdistykselle tai suoraan jäsenille aina noin 1-3 viikon väliajoin. Vastausajaksi kussakin kyselyssä ilmoitettiin noin 2-4 viikkoa. Kaikki kyselyt pidettiin kuitenkin avoinna vielä viikon ajan sen jälkeen, kun viimeisten jäsenyhdistysten jäsenten vastausaika päättyi. Tämä johtui siitä syystä, että tutkimuksen tekijän omalla työpaikallaan apteekeissa farmaseuteille tekemän esihaastattelun perusteella ilmeni, että osa farmaseuteista luki sähköpostinsa vain satunnaisesti.

Kukin kysely lähetettiin ainoastaan yhden kerran. Poikkeuksena olivat Pohjois-Karjalan ja Satakunnan jäsenyhdistykset, joista ensimmäiseen lähettiin yksi kysely toistamiseen ja jälkimmäiseen kaksi kyselyä, koska näiden jäsenyhdistyksen jäseniltä ei ollut tullut yhtään vastausta vajaassa viikossa. Uudelleen lähettämisen jälkeen saatiin vastauksia myös kyseessä olevien jäsenyhdistysten jäseniltä.



## 6.2.2 TIEDONANTAJIEN KUVAUS

### 6.2.2.1 Apteekkifarmaseuttien lukumäärä

Tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien lukumäärä vaihteli kyselyittäin (Taulukko 3). Eniten vastattiin kyselyyn, joka oli otsikoitu *Tyypillinen työikäinen uneton*. Siihen saatiin yhteensä 279 vastausta. Tämän kyselyn vastauksista kaksi jouduttiin poistamaan analysoitavasta aineistosta, koska henkilöt olivat selvästi vastanneet kyseessä olevaan kyselyyn kaksi kertaa. Vähiten vastattiin kyselyyn, joka oli otsikoitu *Tsopikloni*. Siihen saatiin yhteensä 189 vastausta. Tämän kyselyn aineistosta yksi vastaus poistettiin sen vuoksi, että osallistuja oli opiskelija. Taulukko 3 esittää kuhunkin kyselyyn osallistuneiden farmaseuttien lukumäärät ja syyt, joiden vuoksi muutamia vastauksia poistettiin analysoitavasta tutkimusaineistosta.

**Taulukko 3.** Tutkimuksen eri kyselyihin osallistuneiden apteekkifarmaseuttien lukumäärät ja syyt vastausten poistamiseksi analysoitavasta aineistosta

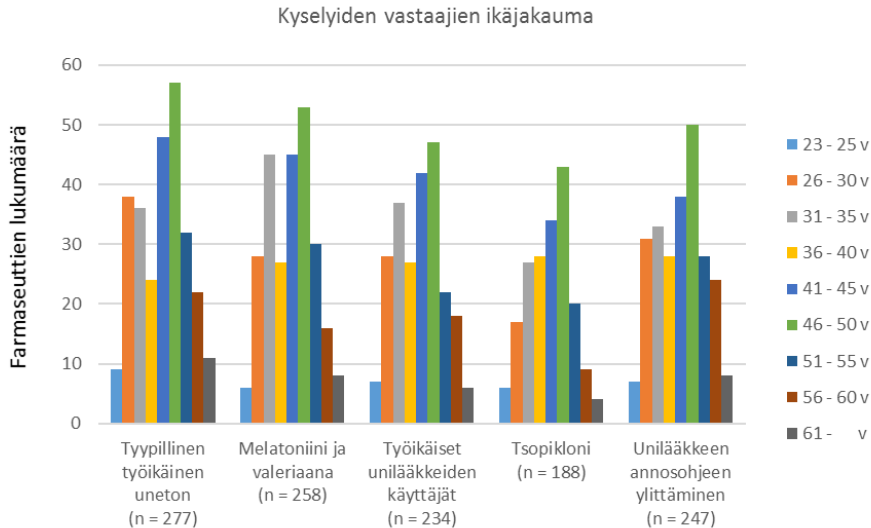
Kysely	Vastausten lukumäärä	Poistetut vastaukset, n/syy	Hyväksytty vastaukset, n
Tyypillinen työikäinen uneton	279	2 / kaksi vastannut kaksi kertaa	277
Melatoniini ja valeriaana	259	1 / ei työelämässä mukana	258
Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät	237	3 / proviisori ja kaksi sairaalafarmaseuttia	234
Tsopikloni	189	1 / opiskelija	188
Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen	247	0	247

### 6.2.2.2 Apteekkifarmaseuttien ikäjakaumat ja farmaseutiksi valmistuminen

Tutkimukseen saatiin vastauksia hyvin eri ikäisiltä farmaseuteilta (Kuva 6). Kyselyittäin tiedonantajien keski-ikä vaihteli välillä 42 -43 vuotta. Sekä *Tyypillinen työikäinen uneton* -, *Tsopikloni*- että *Melatoniini ja valeriaana* -kyselyiden vastaajien ikävaihteluväli oli 23-67 vuotta mediaanin ollessa 43 vuotta. *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyn vastaajat olivat iältään 23-65 vuotta mediaanin ollessa 42 vuotta, ja *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kyselyssä vastaavat luvut olivat 23-76 vuotta ja 44 vuotta.

Nuorimmat kyselyihin vastaajat olivat siten 23-vuotiaita ja vanhimmat vastaajat yli 60-vuotiaita. Vanhin vastaaja oli syntynyt vuonna 1937, eli hän oli 76-vuotias kyselyn suorittamisvuonna 2013.

Eniten vastauksia saatiin 41-50 -vuotiailta farmaseuteilta ja toiseksi eniten 31-40 -vuotiailta. Kuva 6 esittää eri kyselyihin vastanneiden farmaseuttien ikäjakaumien frekvenssit.



**Kuva 6** Tutkimukseen osallistuneiden apteekkifarmaseuttien ikäjakauma kyselyittäin

Tutkimuskyselyihin osallistuneiden farmaseuttien jakautuminen valmistusajankohtansa mukaisiin ryhmiin ei ollut täysin tasaista. Innokkaimmin kyselyihin vastasivat sellaiset farmaseutit, joiden valmistumisesta farmaseutiksi oli kulunut enintään 10 vuotta. Heidän lukumääränsä vaihteli kyselyittäin 65-101 välillä. Toiseksi eniten saatiin vastauksia sellaisilta farmaseuteilta, joiden valmistumisesta oli kulunut 21-30 vuotta. Heidän lukumääränsä vaihteluväli oli kyselyittäin 52-82. Poikkeuksena oli kuitenkin *Tsopikloni*-kyselyyn osallistuneet. Sillä tässä kyselyssä 16-20 vuotta sitten valmistuneet olivat suhteellisella osuudellaan hyvin edustettuina verrattaessa muihin kyselyihin. Kyselystä riippuen vuonna 2012 valmistuneita oli tutkimuksessa mukana 5-7 farmaseuttia. Vastaavasti kyselyhetkellä vähintään 35 vuotta sitten valmistuneiden määrät vaihtelivat välillä 9-21.

### 6.2.2.3 Apteekkifarmaseuttien sukupuoli ja siviilisäät

Kyselyihin vastanneet eivät olleet pelkästään naisia, vaan vastauksia saatiin myös muutamilta miehiltä. Enimmillään vastauksia tuli 12 miesfarmaseutilta

ja vähimmillään viideltä. Miesten osuus kyselyittäin vaihteli *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyn (n=234) 2 %:sta *Annosohjeen ylittäminen* -kyselyn (n=247) 5 %:iin.

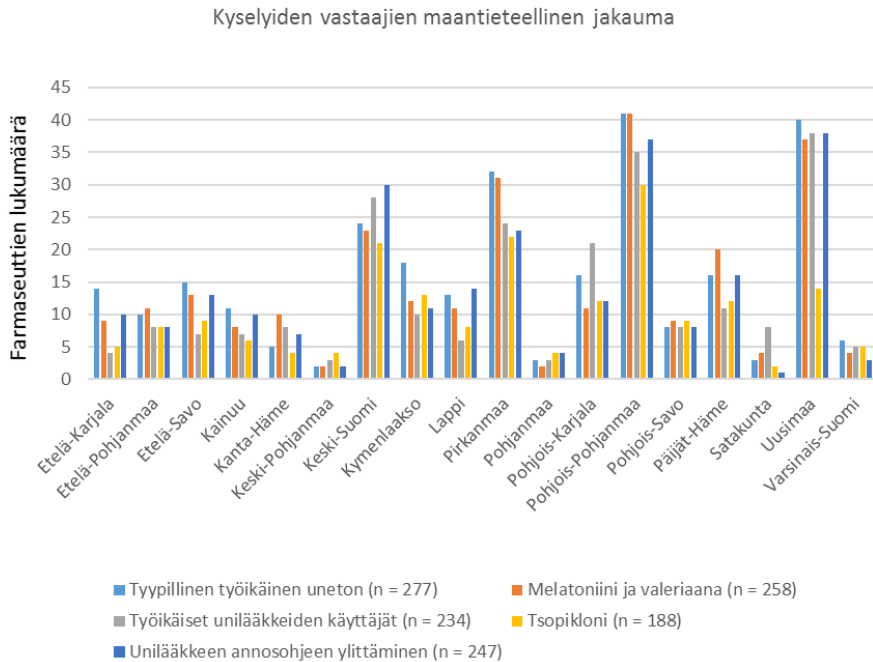
Tutkimukseen osallistui niin yksin (sinkku, eronnut tai leski) kuin avo- ja avioliitossakin asuvia. Yksinasujien määrä vaihteli kyselyittäin 34-55 vastaajaan eli prosentteina ilmaistuna 18-21 %:iin ja avo- tai avioliitossa asuvien määrä 154-221 vastaajaan eli prosentteina ilmaistuna 79-82 %:iin.

#### **6.2.2.4 Apteekkifarmaseuttien apteekin sijainti, koko ja asuinmaakunta**

Vastauksia saatiin niin maaseudulla kuin kaupungeissakin työskenteleviltä farmaseuteilta. Maaseudulla työskentelevien farmaseuttien lukumäärä vaihteli 39-71 kyselystä riippuen, eli osuudet kuhunkin kyselyyn vastanneista olivat 21- 26 %:iin. Maaseudunomaisissa pienissä kaupungeissa työskentelevien lukumäärä vaihteli kyselyittäin välillä 45-54, eli osuudet kuhunkin kyselyyn vastanneista olivat 16- 25 %:iin. Kaupungeissa työskentelevien lukumäärä vaihteli välillä 103-161, eli osuudet kuhunkin kyselyyn vastanneista olivat 54- 58 %:iin.

Tutkimukseen osallistuneet farmaseutit työskentelivät hyvin erikokoisissa apteekeissa. Noin neljäsosa työpaikkansa reseptuurin ilmoittaneista farmaseuteista työskenteli apteekeissa, joissa vuonna 2012 oli toimitettu 76 000-100 000 reseptiä. Tällaisia apteekkeja oli ollut lukumääräisesti kyselyittäin 48-68. Seuraavaksi eniten saatiin vastauksia sellaisilta farmaseuteilta, jotka työskentelivät apteekeissa, joissa vuonna 2012 oli toimitettu 26 000-50 000 reseptiä ja sellaisilta farmaseuteilta, jotka työskentelivät apteekeissa, joissa oli toimitettu 51 000-75 000 reseptiä. Tällaisia apteekkeja oli ollut lukumääräisesti kyselyittäin vastaavasti 27-50 ja 34-43. Enintään 25 000 reseptiä vuodessa toimittaneissa apteekeissa työskenteli farmaseuteista kyselyistä riippuen 15-26 ja vähintään 126 000 reseptiä toimittaneissa apteekeissa 30-56. Kyselyihin vastanneiden farmaseuttien keskuudessa pienimmässä apteekissa reseptuuri vuonna 2012 oli ollut 8 000 ja suurimmassa apteekissa 665 000. Kyselyittäin pienimpien apteekkien reseptuurin vaihteluväli oli 8 000-12 000 ja suurimpien 650 000-665 000.

Kaikki maakunnat, Ahvenanmaata lukuun ottamatta, olivat edustettuina tutkimusaineistossa. Määrällisesti eniten kaikkiin kyselyihin saatiin vastauksia Keski-Suomesta (21-30 vastausta), Pirkanmaalta (22-32 vastausta), Pohjois-Pohjanmaalta (30-41 vastausta) ja Uudeltamaalta (14-40 vastausta). Yleisimmin vähiten lukumääräisesti vastauksia saatiin Keski-Pohjanmaalta (2-4 vastausta), Pohjanmaalta (2-4 vastausta), Satakunnasta (1-8 vastausta) ja Varsinais-Suomesta (3-6 vastausta). Kuva 7 esittää kyselyihin osallistuneiden lukumäärät maakunnittain.



**Kuva 7** Tutkimuksen eri kyselyihin osallistuneiden apteekkifarmaseuttien lukumäärät maakunnittain

#### 6.2.2.5 Apteekkifarmaseuttien unettomuudesta

#### omakohtaiset

#### kokemukset

Vajaalla puolella tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista oli omakohtaista kokemusta unettomuudesta. Kyselyihin vastanneiden joukossa oli eniten sellaisia henkilöitä, joilla oli henkilökohtaista kokemusta unettomuudesta. Heidän lukumääränsä vaihteli kyselyittäin 79-126 eli 41-46 prosenttiin. Toiseksi eniten oli sellaisia henkilöitä, joilla itsellä ei ollut unettomuuskokemusta, mutta joiden lähipiirissä oli tai oli ollut unettomuutta. Tällaisia farmaseutteja oli kyselyihin vastanneista 65-96 eli 34-36 %. Vähiten tutkimukseen osallistui sellaisia henkilöitä, joilla ei itsellään eikä heidän lähipiirissään ollut unettomuutta. Heitä oli kyselystä riippuen 44-57 eli 20-23 % vastaajista.

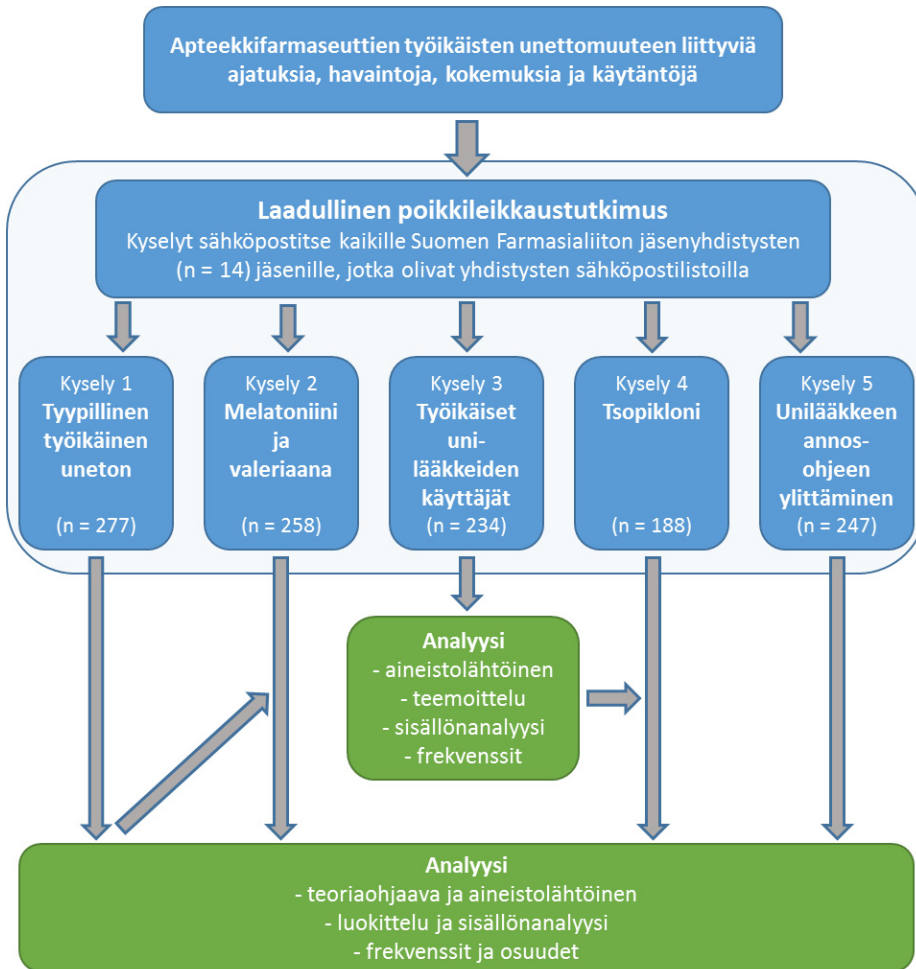
Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että kyselyihin osallistuneet farmaseutit olivat iältään, siviilisäädyltään, asuinmaakunniltaan ja farmaseutiksi valmistumisvuosiltaan heterogeenisiä. Tutkimuksessa olivat edustettuina niin erikokoisissa apteekeissa työskentelevät kuin kaupungeissa ja maaseudullakin työskentelevät farmaseutit. Lisäksi farmaseuttien hyvin naisvaltaisesta alasta huolimatta vastauksia saatiin myös miesfarmaseuteilta. Myös unettomuuskokemuksen suhteen tutkimukseen osallistuneet farmaseutit olivat erilaisia.

### 6.3 TUTKIMUSMENETELMÄ

Muutamia monivalintakysymyksiä ja yksinkertaisia avoimia kysymyksiä lukuun ottamatta tutkimus tehtiin laadullisena, aineistopohjaisuuteen perustuvana poikittaistutkimuksena (Kuva 8). Aineistopohjaisuudella tarkoitetaan tutkimuksellista lähestymistapaa, jossa aineiston annetaan kertoa, mitä se pitää sisällään, ja teoria muodostetaan tältä pohjalta (Metsämuuronen 2006 s. 222). Tässä väitöskirjatutkimuksessa ei kuitenkaan tavoiteltu varsinaisen uuden teorian muodostamista, vaan tavoitteena oli olemassa olevien ilmiöiden kuvaaminen tieteellisin keinoin.

Laadullisesta tutkimuksesta on todettu, että se on empiiristä ja että kyse on deskriptiivisestä tieteestä (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s.22-27, 85). Tavoitteena on tosiasioiden löytäminen, kuvaaminen ja ymmärtäminen. Pyrkimyksenä eivät ole tilastolliset yleistykset. Kyse ei ole niinkään teoreettisesta tieteestä, jossa tavoitteena on hypoteesien ja teorioiden muodostaminen. Sen sijaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on luoda todenmukainen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, ymmärtää ilmiötä ja luoda siitä teoreettinen näkemys (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 222).

On myös todettu, että laadullinen tutkimus ja ihmistieteet liittyvät toisiinsa (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 29-30, 63). Ihmistieteiden tutkimuskohde on *”mielen konstruoima maailma”*, joka on inhimillisten arvojen sävyttämä. Laadullisessa tutkimuksessa ja ihmistieteissä ei kuvitella, että voitaisiin tutkia maailman kaikkia asioita. Laadullisessa tutkimuksessa ja ihmistieteissä hyväksytään se, että tutkimuskohteena on ihmisen luoma merkitystodellisuus, sosiaalinen todellisuus. Tämä todellisuus on ihmismielestä riippuvainen muodostuen muun muassa merkityksistä ja tulkinnoista.



**Kuva 8** Tutkimusasetelma (kuvassa vino ja vaakasuora nuoli kuvaavat kyselyn analyysin lopputuloksen vaikutusta toisen kyselyn analysointikriteereihin)

### 6.3.1 TUTKIMUSAINEISTON KERÄÄMINEN

Aineisto kerättiin sähköisesti E-lomakkeen avulla. Helsingin yliopiston opetusteknologiakeskuksen, Eduix Oy:n verkkolomakeohjelman avulla on muun muassa yliopiston opiskelijoiden mahdollista laatia E-lomake maksutta. Tämän ohjelman avulla tutkimuksen tekijä suunnitteli ja toteutti tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet (LIITTEET 2-6). Tutkimukseen osallistujat pääsivät itsenäisesti vastaamaan kyselyihin sähköpostitse lähetettyjen saatekirjeiden (LIITE 7) sisältämien linkkien välityksellä. Kyselyitä oli yhteensä viisi erilaista. Kussakin kyselyssä oli aina samat taustatietokysymykset.

Sähköinen lomakekysely valittiin tutkimukseen sen toteutuksen helppouden ja edullisuuden vuoksi. Lisäksi sähköisesti on mahdollista

hankkia suuri aineisto nopeasti, teksti on valmiiksi kirjoitetussa muodossa ja kyselymuotona se on vastaajaystävällinen. Vastaajat voivat osallistua tutkimukseen silloin, kun se heille sopii, ja tiedonkeruumenetelmänä se on luonteeltaan epävirallisempi kuin esimerkiksi ventovieraiden kesken pidettävä ryhmähaastattelu. Toisaalta riskinä on, että sähköinen kysely hukkuu muiden sähköpostien joukkoon. Riskinä on myös, että tutkimuksen piiriin kuuluva ei voi osallistua tutkimukseen, koska ei omista sähköpostiosoitetta tai se ei ole tutkimuksen tekijän tiedossa.

### **6.3.2 SÄHKÖISTEN KYSELYLOMAKKEIDEN SISÄLTÖ**

Sähköinen lomake sisälsi kysymyksiä tiedonantajien taustatiedoista, jotka tiedusteltiin viiden monivalintakysymyksen ja kolmen lyhyen avoimen kysymyksen avulla (LIITTEET 2-6). Näihin kolmeen avoimeen kysymykseen annettiin numeeriset vastaukset. Demografisten taustakysymysten, kuten syntymävuoden, sukupuolen, siviilisäädyn ja asuinmaakunnan, lisäksi tiedonantajilta kysyttiin farmaseutiksi valmistumisvuotta, apteekin sijaintia ja reseptuuria. Tutkimuksen tekijä oli kiinnostunut myös farmaseutin henkilökohtaisesta suhteesta unettomuuteen, ja sitä tiedusteltiin monivalintakysymyksen avulla (LIITTEET 2-6). Näiden edellä esitettyjen taustatietojen avulla luotiin kuvaus tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista. Tällainen kuvaus mahdollistaa toisaalta tiedonantajien edustavuuden arvioimisen, mutta auttaa osaltaan myös tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa.

Kaikissa tutkimuksen viidessä kyselyssä (LIITTEET 2-6) pääpaino oli avoimissa kysymyksissä, joiden avulla farmaseuteilta haluttiin syvällistä tietoa unettomuusaiheesta. Tavoitteena oli olla johdattelematta farmaseutteja ja antaa heidän tuoda esille heille tärkeitä, mieleen nousevia asioita ja teemoja. Verkkolomakkeiden avointen kysymysten ymmärrettävyyden tarkisti yksi yliopistokoulutuksen saanut henkilö ennen kyselyjen toteutusta.

#### **6.3.2.1 Tsopikloni- ja Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät -kysely**

Kahdessa kyselyssä, otsikoilla *Tsopikloni* ja *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* (kyselyt 3 ja 4), oli pelkästään avoimia kysymyksiä. *Tsopikloni*-kyselyssä alkuperäisenä tavoitteena oli tarkastella farmaseuttien unilääkkeisiin liittyvää lääkeneuvontaa ja lääkkeetöntä neuvontaa. Tutkimuskysymys kuitenkin tarkentui *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyn aineiston analysoinnin yhteydessä koskemaan pelkästään unilääkkeiden lääkeneuvontaa. *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyn vastausten perusteella *Tsopikloni*-kyselyn aineistoa lähdettiin tarkastelemaan unilääkkeisiin liittyvän riippuvuuden näkökulmasta, kun asiakkaalle toimitetaan nukahtamislääkettä ensimmäistä kertaa.

*Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyn yhdellä ainoalla varsinaisella kysymyksellä, ”MITÄ AJATUKSIA TYÖIKÄISET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT HERÄTTÄVÄT SINUSSA?”, tavoiteltiin laaja-alaisesti kaikkea sitä, mitä kysymyksessä kysytäänkin – kaikenlaisia farmaseuttien mielessä liikkuvia ajatuksia, jotka liittyivät unilääkkeiden käyttöäjiin. Tästä kyselystä muodostui koko tutkimuksen pääkysely, jonka analyysin tulosten perusteella lähdettiin tarkastelemaan myös edellä mainitun *Tsopikloni*-kyselyn vastauksia.

### 6.3.2.2 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen -kysely

Kolmessa muussa kyselyssä oli avointen kysymysten lisäksi 1-3 monivalintakysymystä. Lisäksi yhdessä kyselyssä, otsikolla *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* (kysely 5), oli viisi Likert-asteikollista väittämää, jotka liittyivät farmaseutin apteekissa kokemaan yhteisöllisyyteen. Näihin väittämiin annettuja vastauksia ei kuitenkaan hyödynnetty tässä väitöskirjatutkimuksessa.

*Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kyselyssä apteekki-farmaseutteja pyydettiin muistelemaan sellaista apteekissa omalle kohdalle sattunutta unilääkkeen käyttäjän kohtaamista, jolloin asiakas tuli hakemaan uusitulla reseptillä (ei iteroitu) lisää nukahtamiseen tarkoitettua unilääkettä, vaikka annosohjeen mukaan hänellä olisi pitänyt olla lääkettä jäljellä vielä todella moneksi kerraksi. Lisäksi tehtävänannossa mainittiin, että tämän työikäisen asiakkaan mukaan lääke oli loppu ja että asiakas oli myöntänyt ottaneensa lääkettä annosohjetta enemmän. Varsinaisessa kysymyksessä farmaseutteja pyydettiin kertomaan siitä, miten he henkilökohtaisesti toimivat tällaisessa tapauksessa. Tällä tutkimuskysymyksellä tutkittiin sitä, miten erilaisia toimituskäytäntöjä kyseessä olevassa tapauksessa eri apteekkeissa oli. Tutkimuksen tekijällä on omakohtaista kokemusta siitä, että apteekkien välillä saattaa olla hyvinkin erilaisia käytäntöjä tällaisessa asiakastapauksessa.

Samaisessa kyselyssä tiedusteltiin edelliseen tehtävänantoon liittyen monivalintakysymyksen avulla sitä, miten ohjeistettua apteekissa tällaisessa asiakaspalvelutapauksessa toimiminen oli. Ja jos apteekissa oli olemassa tällaisia tilanteita varten yhteisesti sovittu käytäntö tai toimintaohje, oliko farmaseutti samaa mieltä tästä käytännöstä tai toimintaohjeesta.

Lisäksi *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kyselyyn lisättiin yksi ylimääräinen kysymys, joka koski asiakkaiden unettomuuden syyn kartoittamista apteekin itsehoitopuolella. Tämä kysymys lisättiin tutkimukseen, koska tutkimuksen muiden kyselyiden vastausten perusteella näytti siltä, että asiakaspalvelutilanteessa farmaseutit eivät välttämättä selvittäneet unettoman asiakkaan unettomuuden mahdollista syytä.



### 6.3.2.3 Tyypillinen työikäinen uneton -kysely

*Tyypillinen työikäinen uneton* -kyselyssä (kysely 1) oli kaksi avointa kysymystä ja yksi monivalintakysymys. Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin epäsuorasti sitä, miten tärkeänä farmaseutit kokivat apteekin unettoman avuntarjoajana, kun unettomuuden taustalla ei ollut selkeää sairautta. Kyselyn toisella avoimella kysymyksellä tiedonantajia pyydettiin kuvailemaan oman apteekkinsa tyypillinen työikäinen uneton asiakas. Tähän kysymykseen saatuja vastauksia ei kuitenkaan analysoitu tässä väitöskirjatutkimuksessa. Lisäksi yksinkertaisella monivalintakysymyksellä tiedusteltiin sitä, suosittelevatko farmaseutit unettomille itsehoitopuolen asiakkailleen unipäiväkirjan pitämistä. Tällä kysymyksellä tutkittiin sitä, oliko nukkumispäiväkirjan hyödyntäminen tavanomaista apteekin asiakaspalvelutilanteissa.

### 6.3.2.4 Melatoniini ja valeriaana -kysely

*Melatoniini ja valeriaana* -kyselyn (kysely 2) avulla oli tarkoituksena tutkia sitä, millaista valmisteisiin liittyvää neuvontaa apteekin itsehoitopuolella annettiin unettomille asiakkaille. Tavoitteena oli myös tutkia sitä, millaista oli unettomuuden lääkkeetön neuvonta vai annettiinko itsehoitopuolella tällaista neuvontaa ollenkaan. Näitä asioita kysyttiin farmaseuteilta niin avoimien kuin monivalintakysymystenkin avulla. Tarkoitus oli myös verrata keskenään eri valmisteisiin liittyvää neuvontaa. Lisäksi kyselyssä oltiin kiinnostuneita siitä, kumpaa valmistetta farmaseutit suosivat suositellessaan niitä työikäisille unettomille asiakkailleen. Tähän kyselyyn liittyvät tavoitteet muuttuivat kuitenkin koko tutkimusaineiston analysoinnin edetessä, kuten jäljempänä esitetään.

### 6.3.3 ANALYSOINNIN KUVAUS

Kunkin kyselyn vastaukset kopioitiin E-lomakkeilta sekä IBM SPSS (=Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 21 -ohjelmaan että Apache OpenOffice 4.0.1 Calc -taulukkolaskentaohjelmaan. SPSS-ohjelmaan vastaukset siirrettiin pienimuotoisten tilastollisten analyysien, taulukoiden ja kuvaajien aikaansaamiseksi. SPSS-ohjelman avulla määritettiin muun muassa taustakysymyksiin saatujen vastausten frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. OpenOffice-taulukkolaskentaohjelmasta vastaukset kopioitiin avointen kysymysten analysoimiseksi Apache OpenOffice 4.0.1 Writer -tekstinkäsittelyohjelmaan. Kunkin farmaseutin vastaus oli identifioitu numerolla.

Farmaseuttien avoimiin kysymyksiin antamista vastauksista muodostui monivivahteinen aineisto. Useimmat vastaukset olivat lyhyitä sisältäen muutaman sanan tai muutaman virkkeen. Kaikki yksittäisten farmaseuttien yksittäisiin avoimiin kysymyksiin antamat vastaukset kommenttiosineen

olivat 1-rivivälillä mitoitettuina kooltaan alle A4-arkin mittaisia. Pisimmät yksittäiset vastaukset annettiin *Ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyyn (kysely 3).

Lähtökohtana kyselyihin saatujen vastausten lukemisessa oli, että tutkimukseen osallistujat tarkoittivat sitä, mitä kirjoittivat. Tekstien tulkinnassa hyödynnettiin tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien ja tutkimuksen tekijän yhteisesti jakamia apteekissa työskentelyyn, farmasian alaan ja yhteisesti jaettuun kulttuuriin liittyviä merkityksiä. Tutkimuksen tekijä ei pyrkinyt kuvittelemaan itseään ulkopuoliseksi tekstejä tulkitessaan, vaan aineiston tulkinta perustui pitkälti tutkimuksen tekijän omaan farmasian alan tietämykseen ja apteekkkokemukseen. Tulkinnassa hyödynnettiin siten merkitysten yhteisöllisyyttä, jolla tarkoitetaan kielenkäyttäjyhteisön yhteisille uskomuksille perustuvaa ilmaisujen ymmärtämistä samalla tavoin (Kakkuri-Knuuttila 2003 s. 29).

Farmaseuttien vastauksia tulkittiin noudattamalla tulkinnallista hyvänsuopuuden periaatetta. Tämän periaatteen mukaan tiedonantajat ovat täysjärkisiä, jotka jakavat saman kulttuurin jäseninä yhteiset merkitykset ja samanlaiset järjestyksen periaatteet (Kakkuri-Knuuttila 2003 s. 31-32). Lisäksi tähän periaatteeseen nojautuen teksteissä esiintyvät pienet virheet, ristiriitaisuudet ja kömmähdykset voidaan sivuuttaa merkityksettöminä, sillä tiedonantajat eivät ole todellisuudessa niitä tarkoittaneet.

Kunkin kyselyn avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset luettiin aina useaan kertaan, aineistoon tutustuttiin perusteellisesti. Samalla tutkimuksen tekijä mietti, mitä teksteissä kerrottiin ja etsi vastauksia tutkimuskysymyksiin, jotka tarkentuivat, osittain muuttuivat ja uusiakin tutkimuskysymyksiä syntyi aineistoon tutustumisen myötä. Etenkin *Ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyn yhteydessä annettiin aineiston johdatella analysointia. Laadullisen aineiston analysoinnissa tällainen joustavuus on sallittua (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 188).

Usea lukukerta johtui siitä syystä, että lukemisten yhteydessä aineistoista nousi esiin uusia teemoja ja/tai analyysiyksiköitä, joita tutkimuksen tekijä ei ollut edellisillä lukukerroilla havainnut. Kukin aineisto luettiin aina niin monta kertaa, että viimeisellä lukukerralla ei ilmennyt mitään uutta tutkimuskysymyksiin liittyvää.

Lukukertojen yhteydessä tutkimuksen tekijä teki alustavaa teemoittelua ja luokittelua keräämällä yhteen samoja teemoja sisältäviä tai samoihin luokkiin kuuluvia, tutkimuskysymyksiin saatuja farmaseuttien vastauksia. Yhteen kerättyjä, samoihin teemoihin tai luokkiin kuuluvia farmaseuttien vastauksia analysoitiin yksityiskohtaisemmin aina teemoittain ja luokittain joko sisällönanalyysin avulla tai luokittelemalla luokkia edelleen. Teksteihin palattiin aina tarpeen mukaan tarkistamaan farmaseuttien ”puhetta” - mitä oli kirjoitettu ja tarkoitettu. Useissa kohdin hyödynnettiin myös farmaseuttien kirjoittamia kommentteja joko tulkinnan helpottamiseksi tai osana analysoitavaa tekstiä. Aineiston analysointi oli siten systemaattista mutta joustavaa.

Teknisesti aineistoa analysoitiin sekä käsin että tietokoneen avulla – käytössä ei kuitenkaan ollut laadullisen tutkimuksen avuksi kehitettyjä tietokoneohjelmia. Tekstinkäsittelyohjelman avulla analyysin tekeminen helpottui ja nopeutui. Muun muassa farmaseuttien tutkimukseen antamat vastaukset kopioitiin sellaisinaan tekstinkäsittelyohjelmaan. Lisäksi raportoinnissa käytetyt lainaukset on kopioitu joko sellaisinaan tai lyhennettyinä poistamalla asiayhteyteen kuulumattomia tekstin osia tarpeen mukaan. Tekstinkäsittelyohjelmasta oli apua myös etsittäessä aineistosta tiettyjä analyysiyksiköitä ja tarkistettaessa aineiston sisältöä.

Aineiston analysoimisen jälkeen analyysi tarkastettiin useaan kertaan. Epäselvät kohdat merkittiin ylös ja niihin palattiin myöhemmin pohdinnan jälkeen. Analyysi ei yhdessäkään tapauksessa ollut suoraviivaista. Sisällönanalyysit ja luokittelut tehtiin usean päivän aikana. Yhdellä istumalla ne eivät onnistuneet kertaakaan, koska tutkimuksen tekijän piti useassa kohdin pohtia tiedonantajan ilmaiseman vastauksen tulkintaa. Tätä tulkintaa helpotti toisaalta se, että tutkimuksen tekijä teki analyysit aina vähintään kaksi kertaa, jolloin oli mahdollista verrata keskenään eri analyysikertojen tulkintoja ja tarvittaessa miettiä syitä tulkintaeroihin sekä tehdä tarvittavat korjaukset. Toisaalta toisen tutkijan, farmaseutti Jaana Moilasen, mukanaolo *Ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyn yhteydessä oli ensiarvoisen tärkeää. Toinen tutkija toi tutkimuksen tekijälle mahdollisuuden peilata omia ajatuksiaan, omia tulkintoja. Lisäksi tutkimuksen tekijän ja farmaseutti Moilasen erikseen tekemien analyysien lopputulosten vertailu ja tehdyt korjaukset lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta.

Avoimiin kysymyksiin saatuja vastauksia analysoitiin tutkimuskysymyksestä riippuen aineistolähtöisesti tai teoriaohjaavasti, kuten edellä todettiin luokittelemalla, teemoittelemalla sekä sisällönanalyysiä hyödyntäen. Mikäli yksittäisen farmaseutin antama vastaus sisälsi useita tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia, vastaavat analyysiyksiköt sijoitettiin kaikkiin teemojensa mukaisesti analyysirungon kohtiin. Lisäksi aineiston analysoinnin yhteydessä hyödynnettiin tapausten laskemista, joka on apukeino säännönmukaisuuksien tunnistamiseksi (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 199).

Seuraavaksi tarkastellaan sitä, mitä sisällönanalyysillä tarkoitetaan. Tämän jälkeen kuvataan päiväkirjanomaisesti, yksityiskohtaisesti, kunkin aineiston avointen kysymysten analysointi.

#### **6.3.4 SISÄLLÖNANALYYSI LAADULLISENA MENETELMÄNÄ**

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 91). Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvatkin periaatteessa sisällönanalyysiin.

Laadullinen analyysi voi olla induktiivinen, jolloin päättelylogiikkana käytetään etenemistä yksittäisestä yleiseen tai se voi olla deduktiivinen, jolloin

päättylogiikkana käytetään etenemistä yleisestä yksittäiseen (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 95). Laadullinen analyysi voi olla myös abduktiivinen, jolloin hyödynnetään sekä induktiivista että deduktiivista päättelyn logiikkaa.

Sisällönanalyysi alkaa analyysiyksikön määrittämisellä (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineistoon tutustutaan lukemalla se useita kertoja samalla tehden tekstille tutkijaa kiinnostavia kysymyksiä. Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin eteneminen riippuu siitä, käytetäänkö analyysissä induktiivista vai deduktiivista lähestymistapaa.

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan eli käsitteellistetään (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Aineistosta löytyvät analyysiyksikön sisältämät tutkimuskysymyksen vastaukset eli alkuperäisilmaisut pelkistetään eli saatetaan tiiviimpään muotoon. Näiden pelkistettyjen ilmaisujen avulla aineistosta peräisin olevat tutkimuskysymyksen vastaukset ryhmitellään sisällön mukaisesti yhdeksi tai useammaksi ryhmäksi. Saman asiasisällön sisältävät ilmaisut muodostavat oman alaluokan, joka nimetään sopivalla käsitteellä. Saman asiasisällön muodostavat alaluokat voidaan edelleen yhdistää yläluokiksi, jotka edelleen käsitteellistetään. Näin syntyviä luokkia yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista.

Toinen vaihtoehto analysoida kerättyä aineistoa on käyttää deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Tätä analyysimenetelmää voidaan käyttää silloin, kun on tiedossa viitekehys, jonka avulla aineistoa on mahdollista luokitella (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 189). Teoreettisella viitekehyksellä tarkoitetaan esimerkiksi aikaisempaa tutkimustietoa, käsitteellistyskäsitteitä, muotoiluja ja mallinnuksia, jotka aiheesta on aikaisemmin esitetty. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä siis hyödynnetään aikaisempaa tietoa, jonka avulla tehdään analyysirunko (Kyngäs ja Vanhanen 1999).

Analyysirungon avulla tutkittavasta aineistosta etsitään sisällöllisesti runkoon sopivia analyysiyksiköitä (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Analyysirungon sisällä aineistoa voidaan analysoida induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Ne aineistossa esiintyvät asiat, jotka eivät sisälly rungon aiheisiin, voidaan luokitella tarvittaessa induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Silloin kun sisällönanalyysissä hyödynnetään sekä aineistolähtöisyyttä että teorialähtöisyyttä, kutsutaan sisällönanalyysiä teoriaohjaavaksi (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 117).

Sisällönanalyysissä puhetta tai kirjallista materiaalia analysoidaan edellä kuvatulla tavalla systemaattisesti ja objektiivisesti, jolloin tutkittavaa ilmiötä on mahdollista jäsentää, kuvailla ja kvantifioida (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Sisällönanalyysin avulla tutkittava ilmiö pyritään täten esittämään tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Lopputuotteena saadaan ilmiötä kuvaavia luokkia, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli.

### 6.3.5 AVOIMIIN KYSYMYKSIIN LIITTYVIEN AINEISTOJEN ANALYSOINTIEN KUVAUKSET

Taulukko 4 esittää yhteenvetona kyselyittäin tutkimuksen aineistoille tehdyt analyysitavat, käytetyt analyysiyksiköt, hyödynnetyt päättelyn logiikat sekä teoreettiset viitekehukset. Analyysitavasta on ilmoitettu kyselyn aineistolle tehdyt pääasialliset analyysitavat. Tapauksissa, joissa aineistolle on tehty pienimuotoista sisällönanalyysiä, mutta kokonaisuudessaan aineisto on pääasiassa luokiteltu, on taulukossa ilmoitettu vain luokittelu aineiston analyysitapana. Seuraavissa kyselyiden analyysien kuvauksissa on esitetty esimerkinomaisesti perusteellisemmin yhden kyselyn, *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen*, analyysi.

Kun kyselyn aineisto oli analysoitu eli saatettu tiiviimpään muotoon muodostettuine luokkineen, alkoi varsinainen kirjoitustyö. Kirjoitustyö suoritettiin muutaman päivän sisällä analyysin tekemisestä, jotta aineisto oli vielä tuoreessa muistissa. Analyysin tulos kirjattiin aina ensimmäisen analyysin jälkeen ja tähän tekstiin tehtiin tarvittavat muutokset toisen analysointikerran jälkeen.

**Taulukko 4.** Yhteenveto tutkimusaineistoille tehdyistä analyyseistä

Kysely ja sen tutkimus-tavoite	Analyysi-yksiköt	Teemat	Teoreet-tinen viitekehys	Päättelyn logiikka		Analyysitapa		
				Induktii-vinen	Abduk-tiivinen	Teemoit-telu	Luokit-telu	Sisällön-analyysi
<b>Tyypillinen työikäinen uneton</b> - miten tärkeänä farmaseutti kokee apteekin unettoman avuntarjoajana	apteekki, lääkäri, terveyden-/sairaanhoid-taja, netti, kirjallisuus, ystävät/lähei-set jne.		tutkimuksen tekijän oma yleistietous aiheesta		X		X	
<b>Melatoniini ja valeriaana</b> - farmaseutin antama unettomuuden lääkkeetön neuvonta	unettomuuden lääkkeettömät hoitomenetelmät		Unettomuuden Käypä hoito -suositus (2008)		X		X	
<b>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät</b> - farmaseutin suhtautuminen unilääkkeiden käyttäjiin (*)	katso viereinen sarake	mm. unet-tomuuden syy, havainnot uni-lääkkeiden käyttäjistä, riippuvuus, väärinkäyttö, unilääkkeiden käytön hyväk-syttävyys, ymmärrys ja tunteet,	tiedossa olevat unettomuuden syyt (kirjallisuus-osio)	X	X	X	X	X

		lääkärit						
<b>Tsopikloni</b> - farmaseutin antama lääkeneuvonta riippuvuuden näkökulmasta	riippuvuus, toleranssi, tarvittaessa- sana		Fimean määräys 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen ja Kuuri loppuun! - kirjan lääkeneuvonta- malli		X		X	X
<b>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen</b> - miten farmaseutti toimii reseptin- toimitustilan- teessa asiakkaan kanssa, joka käyttää uni- lääkettä liikaa, toimitetaanko unilääke	mm. toimittaa unilääkkeen ja ei toimita unilääkettä ko. tapauksessa		tutkimuksen tekijän oma työkokemus aiheesta		X		X	

\*= aineiston analyysin yksityiskohtaisempi selvitys tekstissä kohdassa 6.3.5.3

### 6.3.5.1 Tyypillinen työikäinen uneton -kysely – aineiston käsittely

Tutkimuksen tekijä luki läpi useaan kertaan toukokuussa 2013 *Tyypillinen työikäinen uneton* -kyselyn kahteen avoimeen pääkysymykseen saamansa vastaukset. Samalla varmistui, että kysymykseen ”*Mistä unettoman kannattaa ensisijaisesti lähteä hakemaan apua ongelmaansa silloin, kun unettomuuden taustalla ei ole fyysistä tai psyykkistä sairautta?*” saadut vastaukset tuli luokitella teoriaohjaavasti, kuten tutkimuksen tekijä oli olettanutkin. Analyysiyksiköiksi oli etukäteen päätetty apteekki, lääkäri, terveyden/sairaanhoitaja, terveyskeskus/työterveys, psykologi, Internet ja kirjallisuus, jotka muodostivat analyysirungon. Kyseessä olevalla kysymyksellä haluttiin selvittää pääasiassa sitä, kokivatko farmaseutit apteekin ensisijaisena unettoman avuntarjoajana vai oliko farmaseutti sitä mieltä, että asia koski enemmän muuta terveydenhuoltoa.

Avoin kysymys osoittautui hyväksi valinnaksi. Tutkimuksen tekijä ei olisi ymmärtänyt laittaa vastaavaan strukturoituun kyselyyn yhdeksi vaihtoehdoksi luontaistuotekauppaa, vyöhyketerapiasta puhumattakaan. Ja

toisaalta tähän kysymykseen saaduissa vastauksissa korostui unettomuuden omatoiminen hoito, millä oli myös koko tutkimuksen aineiston analysointia ohjaava vaikutus. Esimerkiksi sen sijaan, että tutkimuksen tekijä olisi lähtenyt analysoimaan farmaseuttien melatoniini- ja valeriaanavalmisteiden suosittelevien yhteydessä antamaa neuvontaa, tutkimuksen tekijä muutti tutkimussuunnitelmaa siten, että analysoitiinkin pelkästään farmaseuttien antamaa lääketehtäviä neuvontaa kyseessä olevassa tapauksessa.

Tutkimuksen tekijä palasi aineistoon uudelleen kesäkuussa 2013, jolloin luki sen muutamia kertoja. Farmaseuttien antamat vastaukset luokiteltiin analyysiyksiköidensä mukaisesti luokkiin tekstinkäsittelyohjelman avulla, leikkaa ja liimaa -tekniikalla. Mikäli farmaseutin vastaus sisälsi useamman analyysiyksikön, sijoitettiin vastaus aina analyysirungon analyysiyksikkönsä mukaiseen luokkaan. Täten yhden farmaseutin vastaus saattoi sijoittua useaan luokkaan. Farmaseuttien vastaukset oli koodattu numeroin.

Luokkia muodostui aluksi kaiken kaikkiaan 14. Ne olivat apteekki, netti ja kirjallisuus, psykoterapeutti/terapeutti, psykologi, vyöhyketerapeutti, ystävät/läheiset, työterveyshuolto, terveyden/sairaanhoitaja, terveydenhuolto/uniklinikka, terveyskeskus, keskustelu, luontaistuotekauppa, lääkäri ja elämäntapamuutokset. Luettelossa viimeisenä olevaan luokkaan kuuluivat niin unihygienia kuin muutkin unettoman itse tekemät toimenpiteet, kuten esimerkiksi rentoutuminen ja kalkkitablettien nauttiminen.

Ensimmäisessä luokittelussa tulleiden mahdollisten virheiden korjaamiseksi ja enemmän pohdintaa vaativien vastausten uudelleen luokitteluksi analyysi suoritettiin uudelleen elokuussa 2013. Samalla tutkimuksen tekijä teki päätöksen luokitella uudelleen jo luokitellut luokat.

Elokuussa 2013 edellisessä luokittelussa syntyneet luokat yhdistettiin siten, että luokkia muodostui kolme. Nämä kolme luokkaa olivat itsehoito, muu terveydenhuolto ja itsehoito/ muu terveydenhuolto. Itsehoitoon kuuluivat ensimmäisessä luokituksessa olleet luokat apteekki, netti ja kirjallisuus, ystävät/läheiset, luontaistuotekauppa ja elämäntapamuutokset. Keskustelu- ja vyöhyketerapeutti-luokat poistettiin ja näihin luokkiin kuuluneet farmaseuttien vastaukset sijoitettiin suoraan uusiin syntyneisiin luokkiin. Loput luokat muodostivat luokan muu terveydenhuolto.

Toisen luokituksen yhteydessä kunkin farmaseutin vastaus kuului yhteen edellä luetelluista kolmesta luokasta. Tämä sama luokittelu toistettiin puolentoista kuukauden kuluttua syyskuussa 2013. Lisäksi kunkin farmaseutin antama vastaus koodattiin uudelleen SPSS-ohjelmaan yhteen kolmesta luokasta. Tällä tavoin kyettiin samalla tarkastamaan muun muassa puuttuvien vastausten oikeellisuus sekä laskemaan frekvenssejä ja vertaamaan niitä manuaalisesti laskettuihin luokkien frekvensseihin. Tulosoiossa omatoimisella hoidolla tarkoitetaan samaa kuin termillä itsehoito.

Apteekki määriteltiin tässä tutkimuksessa kuulumaan omatoimiseen hoitoon, vaikka se todellisuudessa on osa terveydenhuoltoa. Tämä johtui siitä syystä, että apteekki on kaikkien suomalaisten helposti tavoitettavissa ilman

ajanvarausta. Lisäksi esimerkiksi se, että uneton asiakas neuvotaan apteekista kääntymään lääkärin puoleen, ei tee apteekista ensisijaista avuntarjoajaa, vaan tällöin farmaseutti kokee lääkärin ensisijaiseksi vaihtoehdoksi. Sen sijaan farmaseutin antamat lääkkeettömät neuvot unettomuuden helpottamiseksi, unetiedotus ja unettomuuden itsehoitovalmisteisiin liittyvät neuvot kuuluvat unettomuuden itsehoitoon ja siten tässä tutkimuksessa määriteltiin unettomuuden omatoimiseen hoitoon.

Samaan kyselyyn kuuluvaan seuraavaan tehtävänantoon: *”Oman apteekkikokemuksesi perusteella kuvaile, millainen on tyypillinen työikäinen uneton asiakas apteekissa – siis oma henkilökohtainen näkemyksesi hänestä.”* - saatuja vastauksia tutkimuksen tekijä ei lähtenyt syvällisemmin analysiimaan luettuaan ne useaan kertaan ja tutustuttuaan tutkimuksen muiden kyselyiden aineistoihin. Tämä johtui kolmesta syystä. Ensinnäkin siitä syystä, että farmaseuttien antamissa vastauksissa ei ollut muuta poikkeavaa jo tiedossa olevan lisäksi kuin toteamus pienten lasten vanhempien olevan apteekin tyypillinen työikäinen uneton asiakas. Pienten lasten vanhemmat mainitsi yhteensä seitsemän farmaseuttia 277:stä tähän kyselyyn vastanneesta. Tämä kertonee farmaseuttien erilaisesta havainnoinnista tai apteekkien erilaisesta asiakasrakenteesta, kun verrataan tietoa pienten lasten vanhemmista kirjallisuuskatsauksessa mainittuun unettomuuden yleisyyteen.

Toiseksi tähän kysymykseen annetuissa vastauksissa ilmaistiin sellaisia unettomuuteen liittyviä näkökohtia, jotka tulivat esille myös tämän tutkimuksen muissa kyselyissä. Esimerkiksi huomio siitä, että unettomat eivät olleet aina halukkaita keskustelemaan unilääkityksestään farmaseutin kanssa tai että uneton saattoi hävetä unilääkitystään. Ja kolmanneksi *Ajatuksia työikäisistä unilääkkeidenkäyttäjistä* -kyselystä tuli lopulta tämän tutkimuksen pääkysely, jonka aineiston pohjalta tutkimuksen tekijä alkoi tarkastella myös tämän tutkimuksen muita kyselyitä.

Samaisen kyselyn nukkumispäiväkirjaa koskeneeseen lisäkysymykseen saatiin ainoastaan 17 vastausta, joita ei lähdetty luokittelemaan. Sen sijaan vastauksia yhdisteltiin, ja näistä farmaseuttien mainitsemista syistä päiväkirjan hyödyntämiseksi tehtiin luettelo.

### 6.3.5.2 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen -kysely – aineiston käsittely

*Annosohjeen ylittäminen* -kysely sisälsi yhden varsinaisen avoimen kysymyksen: *”Muistele sellaista apteekissa omalle kohdalle sattunutta unilääkkeidenkäyttäjän kohtaamista, jolloin asiakas tuli hakemaan uusitulla reseptillä (ei iteroitu) lisää nukahtamiseen tarkoitettua unilääkettä, vaikka annosohjeen mukaan kotona olisi pitänyt olla lääkettä jäljellä vielä todella moneksi kerraksi. Tämän työikäisen asiakkaan mukaan lääke oli loppu. Hän myönsi, että tabletteja oli tullut otettua enemmän kuin annosohjeessa lukee. Miten toimit tällaisessa tilanteessa?”* Tutkimuksen tekijällä oli omasta apteekkikokemuksesta johtuen entuudestaan tiedossa, että apteekeissa ja eri



farmaseuteilla voi olla erilaisia käytäntöjä kyseessä olevassa tilanteessa. Täten kaksi vastausluokkaa oli tiedossa: *toimittaa lääkkeen ja ei toimita lääkettä*. Aineiston vastauksia oli tarkoitus analysoida teoriaohjaavasti analyysirungon sisältäessä edellä mainitut luokat.

Aineistoon tutustumiseksi se luettiin läpi toukokuussa 2013. Kesäkuussa 2013 aineisto ja aineistoon liittyvät kommentit luettiin läpi muutamia kertoja. Tämän kyselyn aineistoon sisällytettiin myös farmaseuttien kommenttikohtaan kirjoittamat huomiot, koska osa farmaseuteista oli jatkanut tai tarkentanut vastaustaan sähköisen kyselylomakkeen kommenttiosiossa.

Tutkimuksen tekijän lukiessa aineistoa siltä kysyttiin, toimittaako farmaseutti lääkkeen kyseessä olevassa tapauksessa. Samalla kirjattiin ylös sellaiset vastaukset, joista pystyi helposti havaitsemaan, että lääkettä joko toimitettiin tai ei toimitettu. Tämän jälkeen pohdittiin aineistolähtöisesti, mitä muissa vastauksissa kerrottiin. Huomattiin, että osassa vastauksista ei mainittu sitä, toimitettiinkö lääke vai ei, ja sitten oli tapauksia, joihin liittyi luvan pyytäminen lääkäriltä. Lisäksi joissakin vastauksissa kerrottiin tilanteen ja tapauksen tai muun vastaavan vaikuttavan lääkkeen toimittamiseen. Myös yhden henkilön mainitsema kyseessä olevan tapauksen harvinaisuus erottui vastauksista. Aineiston vastaukset merkittiin symboleilla manuaalisesti paperitulosteelle edellä lueteltuihin kuuteen luokkaan.

Tutkimuksen tekijä palasi aineistoon uudelleen lokakuussa 2013. Muutaman lukukerran jälkeen koko aineisto jaettiin uudelleen, tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen, edellä esitettyihin kuuteen luokkaan. Uudelleen luokiteltaessa neljän farmaseutin vastaukset tuli toisella kerralla luokiteltua eri luokkiin kuin ensimmäisellä kerralla. Pohdinnan jälkeen toisen analysointikerran tulos jätettiin voimaan. Luokkien analyysiyksiköiden lukumäärät laskettiin, kuten luokittelun ensimmäiselläkin kerralla.

Farmaseuttien eri luokkiin luokiteltuja vastauksia tarkasteltiin lähemmin lokakuussa ja marraskuussa 2013. Farmaseuttien eri luokkiin jaetuille vastauksille, näin muodostetuille yhteisainestoille, tehtiin tarkentavia kysymyksiä. Tutkimuksen tekijää kiinnostivat seuravanlaiset kysymykset: minkälaisia toimitusväliaikoja farmaseutit käyttivät, perustelut sille, miksi farmaseutti toimitti tai ei toimittanut uutta unilääke-erää ja minkä vuoksi asiakkaan tuli ottaa yhteyttä lääkäriin. Näihin kysymyksiin saadut vastaukset analysoitiin aineistolähtöisesti. Lisäksi vastauksissa havaittiin mainintoja muun muassa melatoniinista ja kerrottiin yleisesti asiakaspalvelutilanteesta. Näitä ei tässä tutkimuksessa lähdetty tarkemmin analysoimaan, sillä tavoitteena oli saada esille juuri farmaseuttien ja apteekkien erilaiset toimituskäytännöt tarkastelun kohteena olevassa tapauksessa.

Toukokuussa 2015 farmaseuttien luokitellut vastaukset luettiin uudelleen läpi ja havaittiin, että kahden farmaseutin vastaukset oli luokiteltu väärin. Ne siirrettiin niitä paremmin kuvaaviin luokkiin. Samalla tulososiota

täydennettiin luokkia kuvaavilla, farmaseuttien vastauksista peräisin olevilla lainauksilla tekstin elävöittämiseksi.

Luokittelu analyysimenetelmänä on periaatteessa yksinkertaista, mutta käytännössä hyvin haastavaa. Farmaseuttien antamista vastauksista helpointa oli luokitella sellaiset vastaukset, joissa selkeästi ilmaistiin unilääkkeen toimittaminen tai se, ettei lääkettä toimiteta tai että lupa kysytään lääkäriltä. Sellaisissa vastauksissa, joissa farmaseutti antoi vaihtoehtoja, piti tutkimuksen tekijän tulkita, mihin luokkaan vastaus kuului parhaiten. Esimerkiksi vastaus *”Kerron, että lääkettä ei voida vielä toimittaa, koska annosohjeen mukaan niitä pitäisi olla vielä jäljellä. Jos lääkäri on luvannut käyttää suurempaa annosta, siitä täytyy saada merkintä reseptiin (lääkäriltä). Tiukassa tapauksessa soitan lääkärille ja kysyn voidaanko lääke toimittaa.”* (farmaseutti 20) sijoitettiin luokkaan *”ei toimita”*, koska farmaseutti ilmaisee tekstin alussa selkeästi, ettei tule toimittamaan unilääkettä asiakkaalleen. Luvan kysyminen lääkäriltä on vasta toissijainen vaihtoehto ja oikeastaan haastavan asiakaspalvelutilanteen ratkaisukeino.

Toinen vaihtoehto olisi ollut luoda lisäluokka *”ei toimita, mutta tilanne vaikuttaa siihen otetaanko lääkäriin yhteyttä ja pyydetään lupa”*. Tutkimuksen tekijä ei kuitenkaan lähtenyt muodostamaan tällaista luokkaa, vaan muodostettiin luokka *”toimittaminen riippuu asiakkaasta ja/tai tilanteesta, tapauksesta, pakkauskooosta”*. Mutta toisaalta erään farmaseutin vastaus *”Kysyn kotoa olevien tablettien määrää ja koetan saada hänet hakemaan lääkkeensä myöhemmin, koska niiden tosiaan olisi annosohjeen mukaan pitänyt riittää paljon kauemmin. Jos tuntuu, että lääke on pakko saada soitan lääkärille ja pyydän lupaa toimittamiseen ja merkitse tiedon toimitusruutuun. Hiljaa mielessäni olen monesti ihmetellyt, miksi lääkärit uusivat mainittuja reseptejä ”etuajassa” eivätkä useinkaan merkitse lisätietoihin: voi toimittaa silloin ja silloin...”* (farmaseutti 239) luokiteltiin luokkaan *”toimittaa jos lääkäri antaa luvan”*.

Näissä edellä kuvatuissa esimerkeissä tutkimuksen tekijä käytti hyväkseen omaa apteekkikokemustaan ja tulkintaansa farmaseuttien toiminnasta heidän käyttämiensä sanojen perusteella. Näihin luokitteluratkaisuihin vaikuttivat farmaseuttien käyttämät sanavalinnat *”tiukassa tapauksessa”* ja *”...Jos tuntuu, että lääke on pakko saada...”*. Se että farmaseuttien vastauksia joutui tulkitsemaan, kun piti päättää vastauksen kuuluminen johonkin luokkaan, ei tuo virhettä ilmiön tulkintaan, mutta kylläkin mahdollisia eroja kuhunkin luokkaan kuuluvien vastausten määrissä. Sillä esimerkiksi farmaseuttien vastaukset *”Joudun kieltäytymään myymästä unilääkettä liian aikaisin.”* (farmaseutti 9) ja *”Kehoitän asiakasta ottamaan yhteyttä lääkäriin. En toimita lääkettä liian aikaisin.”* (farmaseutti 10) osoittavat, että joka tapauksessa on olemassa sellainen luokka kuin *”ei toimita”*.

Sen sijaan luokkien *”toimittaminen riippuu asiakkaasta ja/tai tilanteesta, tapauksesta, pakkauskooosta”* ja *”ei mainitse, toimittaako vaiko ei”* muodostaminen vaati lisäpohdintaa ja erityisesti luokka *”ei mainitse, toimittaako vaiko ei”*, sillä tähän viimeksi mainittuun luokkaan luokiteltiin

useita sellaisia vastauksia, joissa asiakasta kehoitettiin ottamaan yhteyttä lääkäriin. Todennäköisesti nämä farmaseutit eivät toimittaneet uutta unilääke-erää, mutta koska he eivät asiaa suoraan kertoneet, muodostettiin luokka *”ei mainitse, toimittaako vaiko ei”*. Tähän luokkaan sijoitettiin myös sellaiset epävarmuutta kuvastavat vastaukset, kuten esimerkiksi *”Yritän sanoa ettei lääkettä voisi vielä toimittaa. Yleensä kuitenkin asiakas vaatii lääkettä eikä halua uskoa että sitä voisi tulla hakemaan myöhemmin.”* (farmaseutti 234).

Farmaseuttien vastauksissa oli havaittavissa luokkien kylläntyminen. Sen sijaan kylläntymistä ei tapahtunut esimerkiksi toimitusväliaikojen suhteen, mikä viittaa siihen, että ne olivat hyvin erilaisia. Lisäksi kylläntymistä ei ollut havaittavissa toimittamisen perusteluissa. Esimerkiksi ainoastaan yksi farmaseutti mainitsi, että toimittamiseen uuden unilääke-erän reseptin tuli olla lääkärin vastaanotolla tekemä uusinta. Voidaan todeta, että perusteluita oli olemassa todennäköisesti vieläkin enemmän, mitä tähän tutkimukseen osallistuneet farmaseutit nostivat vastauksissaan esille.

Avoin kysymys oli hyvä ratkaisu, vaikka epäselviä tapauksia olikin runsaasti uuden unilääke-erän toimittamisen suhteen. Mutta tämä ei ole ongelma, sillä määrät eivät ole laadullisessa tutkimuksessa olennaisinta.

#### **6.3.5.3 Ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä -kysely – aineiston käsittely**

Kyselyyn saatuihin vastauksiin tutustuttiin lukemalla ne läpi useaan kertaan kesäkuussa 2013. Samalla aineistolta kysyttiin, mitä tässä aineistossa kerrotaan, mitä se sisältää. Tutkimuksen tekijä luki aineiston aluksi ilman ennakko-oletuksia sen sisällöstä. Ainoa konkreettinen tavoite oli, että farmaseutit kirjoittaisivat suhtautumisestaan unilääkkeiden käyttäjiin. Tämä tavoite toteutuikin, mutta sen lisäksi aineisto sisälsi useita muita teemoja, jotka nousivat aineistosta esiin usean lukukerran myötä. Täten teemat luotiin induktiivisesti aineiston perusteella mielekkäistä asiakokonaisuuksista. Tutkimukseen otettiin mukaan myös farmaseuttien esittämät kommentit, sillä kommentit olivat usein jatkoa tai lisäys farmaseutin antamaan varsinaiseen vastaukseen.

Farmaseutit olivat käsittäneet unilääke-termin hyvin samanlaisesti. Vastauksista oli tulkittavissa, että unilääkkeillä tarkoitettiin tavanomaisempia unilääkkeitä, Z-lääkkeitä ja bentsodiatsepiineja. Unilääkkeistä käytettiin myös PKV-lääke-termiä. Lisäksi tiedonantajat mainitsivat erikseen melatoniinin, masennuslääkkeet ja mirtatsapiinin.

Aineistosta nousi esille muun muassa seuravanlaisia teemoja: syyt unettomuudelle, unettomien suhtautuminen unilääkkeisiin, riippuvuus, väärinkäyttö, farmaseutin mielipide unilääkkeiden käyttämisestä, suhtautuminen unettomiin ja unilääkkeiden käyttäjiin sekä maininnat lääkäreistä. Nämä teemat eivät olleet kaikki itsestäänselvyys, vaan osa

niistä hahmottui tutkimuksen tekijälle usean lukukerran myötä ja aineistoa analysoitaessa.

Aineisto olisi mahdollistanut myös muiden teemojen käsittelyn, mutta tutkimuksen tekijä rajoitti aineiston analyysin koskemaan sellaisia teemoja, jotka kiinnostivat tutkimuksen tekijää, joista oli mahdollisuus muodostaa tutkimuksen kannalta mielekäs kokonaisuus ja joita käsiteltiin useissa vastauksissa. Esimerkiksi farmaseuttien arvosteleminen jätettiin pois tutkimustulosten käsittelystä, koska tästä aiheesta oli maininta vain muutamissa vastauksissa. Samoin suhtautuminen uneen ja nukkumiseen jätettiin pois, koska aiheena oli unettomuus, eikä tässä tutkimuksessa ollut tavoitteena niinkään selittää vaan kuvata ilmiötä. Lisäksi vastausten syvällisempi analysointi olisi mahdollistanut farmaseuttien tyypittelyn. Tutkimuksen tekijä ei kuitenkaan lähtenyt tätä tekemään, koska koki sen hyvin haasteelliseksi ja koska useat vastaukset olivat melko lyhyitä, jolloin tulkintojen tekeminen olisi ollut vaikeaa ja täten lisännyt virhemahdollisuutta.

Myös melatoniinin käyttämistä unettomuuden hoidossa käsiteltiin farmaseuttien vastauksissa. Tämän aiheen syvällisempi analysointi jätettiin tekemättä sen vuoksi, ettei tutkimuksessa ollut tarkoitus lähteä yksityiskohtaisesti käsittelemään yksittäistä lääkettä. Sen sijaan melatoniinivastausten yleinen sisältö, myönteinen suhtautuminen melatoniinin käyttöön unettomuuden hoidossa, tuotiin esiin yksittäisessä virkkeessä *lääkäreiden arvosteleminen* -teeman yhteydessä. Kaiken kaikkiaan 26 farmaseuttia mainitsi vastauksessaan melatoniinin. Muun muassa osa farmaseuteista vain mainitsi melatoniinin käytön unettomuuden hoidossa tai kertoi mielipiteensä siitä.

Vastauksissa oli mainintoja myös asiakkaalle annettavasta neuvonnasta, mutta tätä aihetta ei lähdetty analysoimaan tässä kohdin. Tämä sen vuoksi, että tutkimuksessa oli kyseisestä aiheesta erilliset kyselyt. Toisaalta aineiston analysointi neuvonnan suhteen ei olisi hyödyttänyt tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa, sillä tiedonantajajoukon muodostivat kaikissa kyselyissä lähtökohtaisesti samat farmaseutit.

Lisäksi farmaseutit kertoivat vastauksissaan omasta unettomuudestaan ja unilääkkeiden käytöstään. Tätä aihetta käsiteltiin vain muutamissa vastauksissa. Nämä maininnat jäivät varsinaisen analyysin ulkopuolelle, koska tavoitteena oli tutkia farmaseuttien näkemyksiä asiakkaiden unilääkityksestä.

### **Syyt unettomuuteen**

Yksi ensimmäisistä teemoista, jotka farmaseuttien vastauksissa oli helposti havaittavissa, olivat unettomuuteen liittyvät syyt. Osa farmaseuteista ilmaisi selkeästi sen, mikä unettomuutta aiheutti ja toiset taas ilmaisivat asian epäsuorasti. Aineistolta lähdettiinkin kysymään tässä kohdin kahta kysymystä: 1. *farmaseuttien mielestä syyt unettomuuteen?* ja 2. *unettomuuden taustalla vaikuttavia tekijöitä?* Analyysiyksikkönä toimi täten

unettomuuden syy tai sen taustalla vaikuttava tekijä. Viimeksi mainittu kysymys esitettiin aineistolle sen vuoksi, että osa farmaseuteista ei todennut suoraan, että jokin tekijä aiheutti unettomuutta vaan kirjoitti vastauksessaan esimerkiksi seuraavasti: *"Ihmisillä on paljon stressin aiheuttajia, jotka huonontavat unta..."* (farmaseutti 13) tai *"Työ on liian kuormittavaa ja elämäntyöliiian stressaava. Alkoholilla käytetään liikaa..."* (farmaseutti 27).

Kullekin farmaseutin antamalle vastaukselle esitettiin kaksi edellä esitettyä kysymystä. Mikäli aineistosta löytyi vastaus näihin tutkimuskysymyksiin, nämä vastaukset alleviivattiin sähköiseen aineistoon ja vastausnumero kirjattiin käsin myös paperille. Tämän lisäksi alleviivatut kohdat sähköisestä aineistosta kopioitiin identifioimisnumeroineen erilleen muusta aineistosta ja pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin teoriaohjaavasti luokkiin. Tutkimuksen teoreettisena viitekehiksenä käytettiin väitöskirjan kirjallisuusosiossa mainittuja unettomuuteen liittyviä tekijöitä. Tämä aineistoanalyysi tehtiin lokakuussa 2013.

Samainen analyysi suoritettiin uudelleen huhtikuussa 2014. Saatuja tuloksia verrattiin lokakuussa 2013 tehdyn analyysin tuloksiin. Vertailun ja pohdinnan jälkeen ensimmäisestä analyysistä poistettiin kahden farmaseutin vastaukset ja jälkimmäisestä analyysistä kahden muun farmaseutin vastaukset. Näissä vastauksissa ei selvästi ilmaistu unettomuuden syytä tai taustalla olevaa tekijää.

Toisella analysointikerralla tutkimuksen tekijän mielenkiinnon herätti joidenkin farmaseuttien unettomuuden syiden esitystapa, josta jäi selvästi vaikutelma, että farmaseutti ei tiedä asiakkaansa unettomuuden syytä eikä ole siitä välttämättä kiinnostunutkaan. Aineistolle ei lähdetty tekemään erikseen kysymystä *tietääkö farmaseutti asiakkaansa unettomuuden syyn?*, koska useimmat farmaseuttien antamat vastaukset olivat lyhyitä ja analyysi olisi vaatinut joissakin kohdin epävarmaa tulkintaa. Toteamukset siitä, että asiakkaan unettomuuden syy ei ole aina farmaseutin tiedossa tai että farmaseutin ei välttämättä tarvitsekaan tietää syytä unilääkkeiden käyttämiseen, perustellaan aineistosta peräisin olevilla farmaseuttien suorilla lainauksilla.

### **Farmaseuttien havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä**

Kun *Ajatuksia unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyyn saatuihin vastauksiin tutustui, havaitsi, että farmaseutit kirjoittivat muun muassa unilääkkeiden käyttäjistä tekemistään havainnoista. Erityisesti aineistosta nousi esille farmaseuttien toteamukset unilääkkeiden käyttäjien suhtautumisesta unilääkkeisiin ja -lääkitykseen. Tämän vuoksi aineistoa lähdettiin analysoimaan aineistolähtöisesti esittämällä kullekin farmaseutin antamalle vastaukselle kysymys: *Mitä farmaseutti kertoi unilääkkeiden käyttäjien suhtautumisesta unilääkkeisiin ja -lääkitykseen?* Lisäksi myöhempien lukukertojen yhteydessä vastauksista kerättiin talteen farmaseuttien tekemiä

muita havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä. Tämä analyysi suoritettiin lokakuussa 2013.

Sähköisestä aineistosta etsittiin ja alleviivattiin sellaiset kohdat, joissa farmaseutit kirjoittivat unilääkkeiden käyttäjien suhtautumisesta unilääkkeisiin ja/tai -lääkitykseen. Aluksi mukana oli myös osa sellaisista vastauksista, joissa käsiteltiin unilääkeriippuvuutta. Tutkimuksen tekijä päätti kuitenkin käsitellä unilääkeriippuvuutta omana tulososionaan, joten riippuvuusaihe jätettiin tässä kohdin analysoimatta lukuun ottamatta suhtautumista unilääkkeiden aiheuttamaan riippuvuusriskiin.

Alleviivaamisen jälkeen pelkistetyt ilmaisut listattiin sähköisessä muodossa erilliseksi tiedostoksi, ja tiedosto tulostettiin paperiversiona. Paperiversiosta leikattiin erilleen yksittäiset pelkistetyt ilmaisut. Tämän jälkeen etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin luokkia, joita edelleen yhdistämällä saatiin lopuksi tulososiossa esitetyt luokat, joita ovat muun muassa sellaiset kuin *oikeutus käyttää lääkkeitä unettomuuden hoidossa, helpo ratkaisun hakeminen* ja *varauksellinen suhtautuminen unilääkkeisiin*. Esimerkiksi luokka *helpo ratkaisun hakeminen* koostuu kahdesta alaluokasta *kevyt suhtautuminen* ja *kynnys matalalla* ja luokkaan *ei suhtaudu kevyesti tai myönteisesti* sellaiset luokat kuin *suhtautuu varauksellisesti* tai *pelkää* sekä luokat *tuntee häpeää/leimautumispelkoa*.

Unilääkkeiden käyttäjien unilääkitykseen suhtautumisen lisäksi tässä kohdin aineistosta kerättiin erilleen myös muita farmaseuttien ilmaisemia havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä. Tämä osa-aineisto käsiteltiin myös sisällönanalyysiä hyödyntäen. Tähän liittyviä luokkia ovat muun muassa *riittämättömät tiedot, haluttomuus vaihtoehtojen kokeilemiseen* ja *kokemuksien jakamiseen farmaseutin kanssa*.

Vastaava analyysi tehtiin uudelleen kesäkuussa 2014. Toisella analyysikerralla oli yhteensä 14 erimielisyyskohtaa ensimmäiseen analyysiin verrattuna. Kaikki nämä 14 kohtaa olivat sellaisia, jotka pohdinnan jälkeen jätettiin pois varsinaisista tuloksista. Yleisimpänä syynä oli se, että vastauksessa oli käytetty passiivimuotoa, jolloin ei voinut päätellä, viitattiinko esimerkiksi lääkäriin vai asiakkaaseen. Esimerkiksi farmaseutti oli todennut vastauksessaan, että *”Tulee mieleen, että turvaudutaanko liian helposti unilääkkeisiin...”* (farmaseutti 196).

## Unilääkeriippuvuus

Alkujaan riippuvuutta käsittelevä aihe oli yhdistetty edellä esitettyyn aineistoon. Mutta koska näin muodostettu aineisto oli hyvin laaja, sisältäen yhteensä 135 farmaseutin vastaukset, päätti tutkimuksen tekijä erottaa riippuvuusaiheen omaksi analysoitavaksi osa-aineistokseen.

Koko aineistolle esitettiin kysymys: *Mitä farmaseutit kertovat vastauksissaan riippuvuudesta?* Sähköisessä muodossa oleva aineisto käytiin läpi vastaus kerrallaan ja riippuvuusaiheeseen liittyvä vastauksen osa

alleviivattiin. Lisäksi kyseinen vastausnumero kirjattiin ylös paperille, kuten kaikki kyseessä olevan kyselyn analyysieihin liittyvät vastaukset. Tämän jälkeen alleviivatuista ilmaisuista identifioimisnumeroineen muodostettiin uusi sähköinen tiedosto. Tämä tiedosto tulostettiin paperiversiona, ja edellä esitetyn kaltaisesti paperiversiosta leikattiin erilleen yksittäiset pelkistetyt ilmaiset. Tämän jälkeen etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin luokkia, joita syntyi yhteensä 15. Tavoitteena ei ollut edelleen yhdistellä näitä luokkia, vaan tavoitteena oli tiivistää farmaseuttien antamia vastauksia, antaa luokille niitä kuvaavat nimet ja hyödyntää näitä luokkia riippuvuusaiheen kuvailemissa.

Tämä edellä esitetty analyysi suoritettiin kaksi kertaa, ensimmäisen kerran lokakuussa 2013 ja toisen kerran kesäkuussa 2014. Analyysien lopputulokset eivät olleet täysin identtisiä. Esimerkiksi toisella kerralla luokkia muodostui 13. Tämä johtui siitä syystä, että tutkimuksen tekijä päätti tehdä väärinkäyttöön liittyvästä aiheesta oman analyysin. Lisäksi toisella analyysikerralla muodostui pienempi aineisto. Eroa oli 31 farmaseutin antaman vastauksen verran. Tutkimuksen tekijä päätti, että vastauksessa pitää olla selkeä ilmaus riippuvuudesta. Riippuvuus-aineistoon ei toisella analyysikerralla otettu mukaan esimerkiksi vastauksia *”Monen ongelma nykyään...”* (farmaseutti 49) tai *”...valitettavan moni turvautuu lääkkeisiin joka ilta...”* (farmaseutti 50), jotka kuuluivat ensimmäisen analyysikerran aineistoon.

### **Unilääkkeiden väärinkäyttö**

*Ajatuksia unilääkkeiden käyttäjistä* -aineistosta lähdettiin etsimään sellaisia vastauksia, joissa kirjoitettiin unilääkkeiden väärinkäyttämisestä tai käytettiin väärinkäyttäjä-termiä. Väärinkäyttöön liittyvät ilmaiset alleviivattiin sähköiseen aineistoon. Tämän jälkeen alleviivatuista aineistokohdista muodostettiin uusi sähköinen tiedosto. Pelkistettyjä ilmaisuja löytyi yhteensä 21 kappaletta. Tämä aineisto oli noin yhden A4:n suuruinen, joten sitä käsiteltiin sellaisenaan.

Tutkimuksen tekijä oli tässä kohdin hyvin valikoiva sen suhteen, mitä väärinkäyttö-aiheesta otti esille tulososiossa. Esimerkiksi tulososiossa ei mainita, että kaksi farmaseuttia oli sitä mieltä, että työikäisten unilääkkeiden käyttö oli harvinaista tai että yksi farmaseutti kirjoitti vastauksessaan, että nuoruuden ahdistuneisuushäiriöt näkyivät myöhemmin lääkkeiden väärinkäyttönä.

Koska väärinkäyttöön liittyvä aineisto oli hyvin pieni eikä vastauksissa ollut merkkejä aineiston kylläntymisestä, päätti tutkimuksen tekijä nostaa esille vain muutaman väärinkäyttöön liittyvän tekijän. Tarkasteltaviksi aiheiksi tutkimuksen tekijä valitsi asiakaspalvelun ja väärinkäyttö-termin, jotka nousivat aineistosta esille. Saatua aineistoa ei lähdetty systemaattisesti luokittelemaan tai sille ei tehty varsinaista sisällönanalyysiä, vaan se luettiin

läpi useaan kertaan ja siitä muodostettiin tulososiossa oleva osittainen yhteenveto.

Tutkimuksen tekijä palasi väärinkäyttö-aiheeseen uudelleen kesäkuussa 2014. Tämän lisäksi aihetta oli käsitelty aiemmin riippuvuus-aiheen analysoinnin yhteydessä.

### **Unilääkkeiden käytön hyväksyttävyys – farmaseutin näkökulma**

*Jo Ajatuksia unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyyn saatujen vastausten ensimmäisellä lukukerralla kävi ilmi, että osa farmaseuteista ilmaisi mielipiteensä unilääkkeiden käyttämisestä. Ilman syvällisempää analyysiä oli havaittavissa, että osa farmaseuteista hyväksyi unilääkkeet ja osa suhtautui niihin kriittisemmin.

Kullekin farmaseutin antamalle vastaukselle ja kommentille esitettiin kysymys: *Mitä mieltä farmaseutti on unilääkkeistä ja niiden käyttämisestä?* Mielipiteensä ilmaisseiden farmaseuttien identifioimisnumerot merkittiin ylös paperille ja samalla kirjattiin näiden mielipiteiden sisältöjä. Aineisto analysoitiin tällä tavoin ensimmäisen kerran lokakuussa 2013 ja tulos tarkistettiin joulukuussa 2013, jolloin tehtiin useita korjauksia. Yhdeksän farmaseutin vastaukset lisättiin analysoitavaan aineistoon ja viiden farmaseutin vastaukset poistettiin siitä.

Samainen, kaikkien farmaseuttien vastauksista muodostettu aineisto analysoitiin toistamiseen toukokuussa 2014. Tällöin analysoinnissa hyödynnettiin edellistä analyysiä systemaattisempaa luokittelua ja sisällönanalyysiä.

Farmaseuttien vastauksista muodostettu sähköinen aineisto luettiin läpi muutamia kertoja, ja samalla ylivivattiin keltaisella värillä sellaiset farmaseuttien kirjoittamat tekstikohdat, joissa ilmaistiin suhtautumisesta unilääkitykseen. Tässä kohdin otettiin mukaan myös mahdollisia perusteluja mielipiteille. Näistä edellä mainituista tekstikohdista farmaseuttien identifioimisnumeroineen muodostettiin uusi sähköinen tiedosto. Tiedosto luettiin läpi muutamia kertoja, ja samalla tutkimuksen tekijä pohti ja teki tiedostoon merkintöjä farmaseuttien suhtautumisesta lääkitykseen. Näiden pohdintojen perusteella tutkimuksen tekijä päätti jakaa kerätyn aineiston kolmeen luokkaan. Nämä luokat olivat MYÖNTEINEN, KRIITTINEN-RAJOITTUNUT ja HYVIN KRIITTINEN SUHTAUTUMINEN.

Tutkittava aineisto jaettiin edellä esitettyihin luokkiin. Tämä luokittelu oli haastavaa, koska useat vastaukset olivat tämän aiheen suhteen lyhyitä ja vaikeasti tulkittavissa. Tulkinnessa hyödynnettiin farmaseutin koko vastausta kommentteineen, joten tarvittaessa tutkimuksen tekijä palasi alkuperäiseen tiedostoon ja luki uudelleen farmaseutin antaman koko vastauksen. Mikäli tämänkään jälkeen ei ollut täyttä selvyyttä farmaseutin mielipiteestä, poistettiin farmaseutin vastaus analysoitavan osa-aineiston joukosta. Lisäksi tutkimuksen tekijä lähti analysoimaan edellä esitettyä luokiteltua aineistoa sisällönanalyysin periaatteita noudattaen kysymällä aineistolta, millainen



unilääkkeiden käyttäminen oli farmaseuttien mielestä hyväksyttävää ja miksi. Eri yliviivausvärejä hyödyntäen luokitellusta aineistosta yliviivattiin tekstikohtia, joissa ilmaistiin se, millainen unilääkkeiden käyttö oli farmaseutin mielestä hyväksyttävää ja miksi. Pelkistetyt ilmaisut listattiin, niistä muodostettiin mahdollisuuksien mukaan luokkia, joita edelleen yhdisteltiin ja niille annettiin nimet.

Koska tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata unettomuuteen ja sen lääkitykseen liittyvää ilmiötä farmaseutin näkökulmasta, ei aineistoa lähdetty analysoimaan kaikilta osin tarkasti sisällönanalyysin periaatteita noudattaen, vaan paikoitellen tyydyttiin yksinkertaisempaan, pelkistettyjen ilmaisujen karkeaan luokitteluun ja luokkien nimeämiseen. Esimerkiksi *unettomuuden ja unilääkkeiden haitat* -luokat on muodostettu pelkästään luokittelemalla farmaseuttien vastauksissa olleita pelkistettyjä ilmaisuja. Sen sijaan unilääkkeiden käytön keston hyväksyttävyyssluokat on muodostettu noudattaen sisällönanalyysin periaatteita.

## **Ymmärrys ja tunteet**

Aineiston ensimmäisillä lukukerroilla oli jo havaittavissa, että joissakin farmaseuteissa unettomuus ja unilääkkeiden käyttö herättivät voimakkaita tunteita. Vastauksissa kirjoitettiin muun muassa säälistä, ärtymyksestä ja halveksunnasta.

Alkujaan tutkimuksen tekijän tarkoituksena oli käsitellä tunteisiin liittyviä vastauksia hyväksyttävyyss-aiheen yhteydessä. Selkeyden vuoksi tutkimuksen tekijä päätti kuitenkin tehdä erillisen analyysin tunne-aiheesta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen kahdesti, ensimmäisen kerran lokakuussa 2013 ja toisen kerran huhtikuussa 2014.

Farmaseuttien vastauksista muodostetulle aineistolle tehtiin seuravanlainen kysymys: *Mitä tunteita unilääkkeiden käyttäjät herättävät farmaseuteissa?* Aineistosta etsittiin ja kerättiin talteen tunteisiin liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja ja niihin liittyviä asiakokonaisuuksia, jotka sisälsivät mahdollisen selityksen vastauksessa ilmaistulle tunteelle tai ymmärrykselle. Nämä erikseen sähköiseen muotoon tallennetut tekstikatkelmat jaettiin aluksi karkeasti kahteen luokkaan, *myönteisiin* ja *kielteisiin*.

Ensimmäisellä analyysikerralla ymmärrys unettomia ja unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan luokiteltiin *myönteisiin*-luokkaan. Toisella analyysikerralla, hutikuussa 2014, pelkkää ymmärrystä tai ymmärtämättömyyttä sisältävät vastaukset eriytettiin omaksi luokakseen. Sillä ymmärtäminen on neutraalimpaa kuin esimerkiksi myötätunto ja sääli, jotka ovat selkeästi tunteista kertovia termejä, toisin kuin ymmärrys.

Nämä kahteen luokkaan luokitellut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Ala- ja yläluokkien muodostamisessa ja yhdistämisessä käytettiin apuna sähköisestä tiedostosta paperiversiona tulostettuja, yksittäisiksi leikattuja farmaseuttien vastausten tekstikatkelmia, joihin oli alleviivattu tunteista tai

ymmärryksestä/ymmärtämättömyydestä kertova sana tai sanayhdistelmä. Lopuksi muodostetut luokat nimettiin.

Lokakuussa 2013 ja seuraavan vuoden huhtikuussa suoritettut sisällönanalyysit eivät olleet lopputuloksiltaan aivan identtisiä. Edellä jo todettiin, että neutraalimpi ymmärtäminen eriytettiin omaksi luokakseen. Sen lisäksi ensimmäiseen sisällönanalyysin lopputulokseen verrattuna toisessa analyysissä lopullisia luokkia oli vähemmän eivätkä luokkien nimet olleet identtisiä ensimmäisen analyysin luokkien kanssa. Myös sisällönanalyysihin osallistuneissa farmaseuttien vastausmäärissä oli eroja.

Toisella analyysikerralla pelkistettyjen ilmaisujen listaaminen sisälsi useamman farmaseutin vastauuskatkelman, ja sen lisäksi toisen analyysikerran ilmaisuista puuttui sellaisia tekstikatkelmia, jotka olivat olleet mukana ensimmäisellä analyysikerralla. Analyysien vertailujen ja pohdintojen jälkeen huhtikuussa 2014 suoritettun analyysin lopputulos jätettiin voimaan. Tunteista kertovien luokkien lisäksi tutkimuksessa listattiin näihin tunteisiin liittyviä mahdollisia syitä ja muita tekijöitä.

### **Lääkäreiden toiminnan ja käytäntöjen arvosteleminen**

Aineiston ensimmäisillä lukukerroilla kävi ilmi, että useat farmaseutit kirjoittivat vastauksissaan lääkäreistä. Tulostettuun, farmaseuttien vastauksista muodostettuun aineiston paperiversioon tutkimuksen tekijä kirjoitti sivun marginaaliin LÄÄKÄRI, mikäli vastaus liittyi lääkäriin tavalla tai toisella ja yliviivasi värillisellä kynällä tekstistä sellaiset kohdat, joissa mainittiin lääkäri. Samalla tekstistä alleviivattiin lääkäreihin liittyviä tekstin kohtia sekä kirjattiin sivun marginaaliin tiivistyksiä lääkäreihin liittyvistä tekstikohdista ja tutkimuksen tekijässä heränneitä ajatuksia. Ilman syvällisempiä analyysejä selvää oli, että vastauksissa lähinnä kritisoitiin lääkäreitä. Lisäksi erilliselle paperille kirjattiin sellaisten farmaseuttien vastausten identifioimisnumerot, jotka kirjoittivat vastauksissaan lääkäreistä. Myös farmaseuttien kommenttiosuudet huomioitiin. Tämä alustava ensimmäinen analyysi tehtiin lokakuussa 2013.

Toisen kerran koko aineisto analysoitiin toukokuussa 2014 ja tutkimuskysymyksenä oli sama kuin ensimmäisellä kerralla eli *Mitä farmaseutit kirjoittavat vastauksissaan lääkäreistä?* Aineistosta, tulostettuun paperiversioon, yliviivattiin värillisellä kynällä sellaiset kohdat, jotka liittyivät lääkäreihin. Tätä tulosta verrattiin ensimmäisen, alustavan analyysin tuloksiin. Tässä kohdin havaittiin, että ensimmäisessä analyysissä oli mukana useita, yli 30, sellaisia farmaseuttien vastauksia, jotka puuttuivat toisen analyysin listauksesta. Yleisimpänä syynä eroon oli se, että ensimmäisen analyysin listaukseen oli hyväksytty sellaisiakin vastauskohtia, joista ei voinut suoranaisesti varmuudella päätellä, tarkoitettiinko esimerkiksi unetonta itseään vai lääkäriä. Esimerkiksi ensimmäiseen analyysiin mukaan oli kelpuutettu sellaiset farmaseuttien maininnat kuin *”Liian helposti turvaudutaan unilääkkeisiin lyhytaikaisessakin unettomuudessa...”*

(farmaseutti 7) tai että ”...*Eniten mietityttää pienten lasten äitien nukahtamislääkkeiden käyttö.*” (farmaseutti 13). Periaatteessa molemmissa vastauksissa voidaan tulkita kyseessä olevan lääkärin arvostelemisesta, mutta tutkimuksen tekijä päätti toisessa analyysissä ottaa mukaan vain sellaiset vastaukset, joissa selvästi tarkoitettiin lääkäriä, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Tämä poikkeus, ”...*Unilääkkeitä toimittaessani työikäiselle, mietin aina asiakkaan ulkoista olemusta arvioiden, että tuleehan nämä lääkkeet ihan oikeaan tarkoitukseen.*” (farmaseutti 208), otettiin mukaan esimerkkinä siitä, miten tutkimuksen tekijän ratkaisut vaikuttavat aineistosta tehtävään tulkintaan ja siten tutkimustuloksiin.

Kun vertailu ensimmäisen analyysin tuloksiin oli tehty ja pohdintojen jälkeen päätetty, mitkä farmaseuttien vastaukset pelkistettyine ilmaisuineen olivat vastauksia varsinaiseen tutkimuskysymykseen, listattiin nämä kohdat farmaseuttien identifioimisnumeroineen erilliseksi sähköiseksi tiedostoksi. Tämä tiedosto tulostettiin paperiversiona. Yksittäisten farmaseuttien pelkistetyt ilmaisut ja niihin liittyvät asiakokonaisuudet leikattiin erilleen manuaalisesti tapahtuvaa luokittelua varten. Luokittelussa hyödynnettiin sisällönanalyysin periaatteita. Sisällönanalyysin suorittamisen helpottamiseksi pelkistetyt ilmaisut alleviivattiin. Luokittelun edetessä käytettiin erivärisiä kyniä pelkistettyjen ilmaisujen yliviivaamiseen ja luokkien hahmottamisen helpottamiseksi. Kaikissa *Ajatuksia unilääkkeiden käyttäjistä* -kyselyn analyyseissä yksittäisen farmaseutin vastaus saattoi sisältää useaan eri luokkaan kuuluvia ilmaisuja.

#### **6.3.5.4 Tsopikloni-kysely – aineiston käsittely**

*UNETON RESEPTIUNILÄÄKEASIAKKAANA* - muistele todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa reseptipuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman, jolle lääkäri oli kirjoittanut Zopinox 7,5 mg 1x30 ohjeella:  $\frac{1}{2}$  – 1 tablettia tarvittaessa iltaisin lyhytaikaiseen unettomuuden hoitoon. Asiakas ei ollut aiemmin käyttänyt unilääkkeitä. Mitä lääkkeeseen liittyviä ohjeita annoit hänelle? Tutkimuksen tekijän alkuperäisenä tarkoituksena oli analysoida edellä olevaan kysymykseen saadut vastaukset teorialähtöisesti luokittelemalla vastausten sisällöt apteekeissa käytössä olevan tsopiklonia koskevan SAL-TIPPA -tietokannan lääkeneuvontaohjeen avulla. Tällöin vastauksista olisi lähdetty etsimään muun muassa seuraavia mainintoja: lyhytaikainen hoito, otetaan juuri ennen nukkumaan menoa, pystyy nukkumaan 7-8 tuntia häiriöttä, vaikutus alkaa noin 15-30 minuutissa, ei pitkäaikaiseen käyttöön tottumisen vuoksi ja ei alkoholia samanaikaisesti. Tästä luokitteluperusteesta kuitenkin luovuttiin tutkimuksen tekijän luettua muun muassa farmaseuttien antamat vastaukset kyselyihin *Tyypillinen työikäinen uneton* ja *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät*. Näistä ensimmäisessä kyselyssä farmaseuttien vastauksissa nousi esiin unettomuuden hoito lääkkeettömästi ja jälkimmäisen kyselyn vastauksissa riippuvuus ja toleranssi.

Tutkimuksen tekijä päätti näiden edellä esitettyjen kyselyiden aineistojen sisällön perusteella lähteä tarkastelemaan *Tsopikloni*-kyselyn vastauksia riippuvuuden ja toleranssin näkökulmasta hyödyntäen teoreettisena viitekehystenä Fimean määräystä 5/2011 *Lääkkeiden toimittaminen*. Määräyksessä todetaan muun muassa, että lääkkeen käyttäjän tulee saada kattavat tiedot lääkevalmisteesta ja että neuvonnan tulee sisältää lääkkeiden oikean ja turvallisen käytön neuvonnan. Tämän lisäksi *Kuuri loppuun!* -kirjassa esitetyn lääkeneuvontamallin mukaan lääkeneuvonnan tulisi sisältää asiakkaalle toimitettavasta lääkkeestä muun muassa tiedot lääkkeen haittavaikutuksista ja niiden ehkäisemisestä (Hakkarainen ja Airaksinen 2001). Samaisen oppaan mukaan apteekissa annettavan neuvonnan tulisi olla asiakaslähtöistä, johon kuuluu muun muassa neuvonnan konkreettisuus, perustelut ja asiakkaan huomion kiinnittäminen vain muutama hoidon kannalta farmaseutin tärkeänä pitämään asiaan. Tältä pohjalta tutkimuksen tekijä ryhtyi analysoimaan *Tsopikloni*-kyselyyn saatuja vastauksia.

Ennen aineiston varsinaista analysointia farmaseuttien vastaukset oli luettu läpi pariin kertaan, jolloin oli havaittu, että vastauksissa oli mainintoja riippuvuudesta ja tottumisesta. Aineistolle tehtiin seuraavat kysymykset: *Missä farmaseuttien antamissa vastauksissa kirjoitettiin riippuvuudesta ja/tai tottumisesta?* ja *Miten nämä huomioitiin asiakkaalle annettavassa neuvonnassa?* Luokittelu tehtiin kahdesti, ensimmäisen kerran marraskuussa 2013 ja toisen kerran kuukautta myöhemmin.

Ensimmäisellä analysointikerralla sähköisesti tallennetusta aineistosta siirrettiin Ctrl-X -toiminnolla uuteen tiedostoon identifiointinumeroineen sellaiset farmaseuttien vastaukset, joissa kerrottiin tottumisesta, riippuvuudesta, molemmista tai annettiin ohje, joka edesauttoi, ettei riippuvuutta tai tottumusta kehittyisi. Tämä viimeisenä mainittu luokka sisälsi sellaiset vastaukset, joissa asiakasta oli kehoitettu aloittamaan lääkitys puolikkaalla tabletilla tai oli otettu kantaa lääkityksen kestoon. Sen sijaan tässä kohdin ei huomioitu farmaseuttien mainitsemaa *tarvittaessa*-sanaa.

Vastaukset siis poimittiin uuteen tiedostoon, johon ne luokiteltiin karkeasti edellä esitettyihin neljään luokkaan. Loput vastaukset, joita oli 29, luettiin uudelleen läpi ja voitiin todeta, ettei niissä kerrottu tottumisesta ja/tai riippuvuudesta. Esimerkiksi farmaseutti oli todennut vastauksessaan, että *”otettava juuri ennen nukkumaanmenoa, oltava riittävän pitkä aika yöunelle.”* (farmaseutti 49) tai että *”Kerroin kuinka paljon ennen nukkumaanmenoa lääke pitää ottaa.”* (farmaseutti 118).

Aineistosta kerättiin erilleen vielä sellaiset farmaseuttien vastaukset, joissa mainittiin farmaseutin tiedustelleen asiakkaaltaan sitä, mitä lääkäri oli lääkkeestä kertonut. Lisäksi laskettiin sellaiset vastaukset, joissa farmaseutti oli ilmoittanut asiakkaalleen *tsopiklonin* enimmäisannoksen, mikä on olennainen asia riippuvuutta aiheuttavan lääkkeen neuvonnassa. Yksi farmaseutti oli jättänyt vastaamatta kyselyn tähän kysymykseen.

Aineiston analysointia jatkettiin siten, että edellä esitetyistä luokista muodostettiin kolme luokkaa yhdistämällä toleranssi- ja riippuvuusluokkiin

sellaiset farmaseuttien vastaukset, joissa kirjoitettiin sekä tottumisesta että riippuvuudesta, ja samalla tarkistettiin vastausten kuuluminen oikeisiin luokkiin. Tällöin havaittiin, että yksi vastaus oli virheellisesti luokiteltu.

Uudelle, useamman farmaseutin vastauksen sisältämälle tottumus-luokalle esitettiin seuravanlainen kysymys: *Ilmaiseeko farmaseutti vastauksessaan, mitä tottumuksella/tottumisella tai toleranssilla tarkoitetaan käytännössä – konkretisoidaanko nämä termit?* Sen sijaan riippuvuus-luokka analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysin kaltaisesti kysymällä aineistolta sitä, mitä farmaseutit kertoivat vastauksissaan riippuvuudesta. Luokkien, joihin sisällytettiin sellaisten farmaseuttien vastaukset, joissa asiakasta ohjattiin aloittamaan lääkityksensä puolikkaalla tabletilla tai joissa otettiin kantaa unilääkityksen käytön pituuteen ja/tai säännöllisyyteen, vastausten määrät laskettiin.

Analyysin oikeellisuuden tarkistamiseksi analyysi toistettiin joulukuussa 2013. Tämä analyysi ei ollut toteutustavaltaan identtinen ensimmäisen analyysin kanssa. Toisen aineistoanalyysikerran yhteydessä aineistosta etsittiin sellaiset farmaseuttien vastaukset, joissa kerrottiin toleranssista ja/tai riippuvuudesta. Tätä luokittelua verrattiin ensimmäisellä analysointikerralla suoritettuun luokitteluun. Eroja löytyi viisi kappaletta. Ensimmäisestä analyysistä puuttui luokittelusta kolmen farmaseutin vastaukset, jotka olivat mukana toisessa analyysissä ja toisesta analyysistä puuttui kahden farmaseutin vastaukset, jotka olivat mukana ensimmäisen analysointikerran luokittelussa. Korjaukset tehtiin jälkimmäisen analyysin perusteella pohdinnan jälkeen ja tarvittavat korjaukset tehtiin ensimmäiseen analyysitulokseen. Tämä sen vuoksi, että aineiston usean lukukerran jälkeen tutkimuksen tekijä ei nähnyt aiheelliseksi tehdä uudelleen luokittelulle aineistolle ensimmäisellä analyysikerralla tehtyjä syvällisempiä tarkasteluja.

*Tarvittaessa*-sanan käytön analysoiminen lääkeneuvonnan yhteydessä ei myöskään kuulunut alkuperäiseen tutkimussuunnitelmaan. Tämän sanan merkitys nousi esille siinä vaiheessa, kun tutkimuksen tekijä oli päättänyt analysoida lääkeneuvontakysymykseen saadut vastaukset riippuvuuden ja toleranssin näkökulmasta.

*Tarvittaessa*-sanaan liittyvä analysointi suoritettiin kahdesti. Ensimmäisen kerran tämä tapahtui joulukuussa 2013 ja toisen kerran heinäkuussa 2014. Farmaseuttien vastaukset luettiin läpi muutamia kertoja. Usean lukukerran yhteydessä tutkimuksen tekijä merkitsi yliviivauskynällä *tarvittaessa*-sanat, tätä sanaa käsitelleet vastaukset ja tarvittavuuteen liittyvät ilmaisut.

Selvyyden lisäämiseksi tutkimuksen tekijä merkitsi nämä vastaukset paperitulosteeseen merkinnällä *tarvitt.-määritelmä*. Tällaisia vastauksia oli kaiken kaikkiaan 62. Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä luki yliviivatut vastaukset ja mietti sitä, miten *tarvittaessa*-sanaa oli määritelty tai miten tämän sanan sisältö oli vastauksissa tuotu esiin. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekijä tarkensi *tarvittaessa*-määritelmäänsä. Muun muassa vastaukset, joissa oli maininta pelkästään lääkkeen lyhytaikaisesta käytöstä, poistettiin

tarkemmin analysoitavasta aineistosta sekä sellaiset vastaukset, joissa kehoitettiin kyllä lääkkeen käytössä säännöttömyyteen, mutta ei otettu kantaa *tarvittaessa*-sanaan. Sen sijaan sellaiset vastaukset, joissa kerrottiin sekä lääkityksen säännöttömyydestä että otettiin kantaa tarvittavuuteen sisällytettiin analysoitavaan aineistoon.

Tämän jälkeen paperitulosteeseen merkittiin *TA*-merkinnällä sellaiset vastaukset, joissa *tarvittaessa*-sanan sisältöön otettiin kantaa tavalla tai toisella. Näitä vastauksia oli yhteensä 36. *TA*-merkinnän saamia vastauksia tarkasteltiin lähemmin. Nämä vastaukset kyettiin luokittelemaan aineistolähtöisesti viiteen luokkaa. Nämä luokat olivat 1. ”ei joka ilta, ei säännöllisesti, ei jatkuvasti, ei pitkäaikaisesti”, 2. ”ei varmuuden vuoksi”, 3. ”ei ole pariin yöhön nukkunut/unettomuusputken katkaisu/pahimman yli” 4. ”jos uni ei muuten tule” ja 5. ”jos tietää kokemuksesta, ettei uni tule”. Neljän farmaseutin vastaukset luokiteltiin kuuluviksi useampaan kuin yhteen luokkaan.

Toisella analysointikerralla tutkimuksen tekijä käytti edellä lueteltuja luokittelukriteereitä ja valmiita luokkia, joihin farmaseuttien vastauksien *tarvittaessa*-ilmaisut luokiteltiin. Uudelleen luokiteltaessa luokiteltuja vastauksia saatiin 35, jotka olivat samoja kuin ensimmäisellä kerralla. Poikkeuksena oli erään farmaseutin vastaus, jossa todettiin, että ”...*Halutessa voi kokeilla, tuleeko uni ilman lääkettä...Jos unettomia öitä on takana useita, suosittelen aloittamaan kokonaisella tabletilla...*” (farmaseutti 68). Tämä vastaus oli ensimmäisellä kerralla tulkittu virheellisesti kuuluvaksi luokkiin ”ei ole pariin yöhön nukkunut/unettomuusputken katkaisu/pahimman yli” ja ”jos uni ei muuten tule”.

Vastausten toisen analysointikerran yhteydessä tutkimuksen tekijä yhdisti luokat ”ei varmuuden vuoksi”, ”jos uni ei muuten tule” ja ”jos tietää kokemuksesta, ettei uni tule” yhdeksi luokaksi ”ei varmuuden vuoksi”, joka kuvaa myös kahta muuta edellä mainittua luokkaa. Tekstinkäsittelyohjelman *etsi*-komennolla *tarvitt* löytyi kaiken kaikkiaan 41 farmaseutin vastauksista *tarvittaessa*-sana tarkoittamassa lääkkeen käyttöä *tarvittaessa*. Lisäksi *tarvittaessa*-sanaa oli käytetty viidesti tarkoittamassa *tarvittaessa* annosnostoa yhteen tablettiin.

#### 6.3.5.5 Melatoniini ja valeriana -kysely – aineiston käsittely

Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan kyselyyn saadut vastaukset oli tarkoitus analysoida selvittämällä melatoniini- ja valeriana-avalmistisiin liittyvää neuvontaa ja unettomuuden muun hoidon ohjeistuksen sisältöjä. Lisäksi tarkoituksena oli verrata keskenään melatoniini- ja valerianaosioihin liittyviä vastauksia. Koska koko tutkimusta ohjasi vahvasti kahden muun kyselyn tulokset, *Tyypillinen työikäinen uneton* ja *Ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä*, lähdettiin *Melatoniini ja valeriana* -kyselyn vastauksia tarkastelemaan pelkästään unettomuuden lääkkeettömän hoidon näkökulmasta. Aineiston analyysissa keskityttiin tutkimuskysymykseen ”Mitä

*muita, ei itse melatoniini-/valeriaanavalmisteeseen liittyviä, unettomuuden hoito-ohjeita annoit tälle asiakkaalle?”*

Aineisto analysoitiin kahdesti sen lisäksi, että kyselyyn saadut vastaukset luettiin läpi useaan kertaan. Ensimmäinen analyysi suoritettiin marraskuussa 2013. Tällöin kunkin farmaseutin antama vastaus käytiin läpi yksitellen. Vastaus luokiteltiin teoriaohjaavasti johonkin seuraavista analyysirungon sisältämistä luokista: 1. unihuolto, 2. unihuolto + muu ohjeistus, 3. muu ohjeistus kuin unihuolto, 4. kehoitus kääntyä lääkärin puoleen, 5. tyhjä vastausruutu, ei vastaa kysymykseen tai ei muista sekä 6. vastauskohdassa viiva tai mainita, ettei anna muita ohjeita. Muulla ohjeistuksella tarkoitettiin tässä kohdin vuoden 2008 unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksessa mainittuja unettomuuden lääkkeettömiä hoitokeinoja, kuten rentoutusta, uniärsykkeiden hallintaa, vuoteessaoloajan rajoittamista sekä kognitiivista menetelmää, huolihetkeä.

Analyysissä käytettiin teoreettisena viitekehyksenä myös unihuoltoa käsittelevää unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksen *Unettomuus-*potilasversiota, jossa luetellaan unettomuuden omatoimiseen hoitoon liittyviä tekijöitä. Taulukossa 5 on esitetty tämä potilasversion kohta. Tutkimuksen tekijää kiinnosti myös sellaiset unettomuuden yksityiskohtaiset, lääkkeettömään neuvontaan kuuluvat, unitiedotukseen ja unihuoltoon liittyvät seikat, kuten farmaseuttienkin vastauksissa esittämät maininnat: *välillä voi nukkua vähemmän ja päiväunet*.

Kunkin farmaseutin tarkasteltavaan kysymykseen antama vastaus luokiteltiin siis yhteen edellä esitetyistä kuudesta analyysirungon luokasta. Sen lisäksi huomioitiin unihuoltoon liittyvät edellä esitetyt yksityiskohtaiset ohjeet. Tämä edellä kuvattu analyysi tehtiin ensin melatoniini-kysymykseen liittyville vastauksille ja tämän jälkeen identtinen analyysi farmaseuttien antamille vastauksille valeriaana-kysymykseen. Kun molemmat analyysit oli suoritettu ja tulokset kirjattu paperille, syötettiin luokitellut vastaukset SPSS-ohjelmaan frekvenssien laskemiseksi. Tämän lisäksi jokaisen farmaseutin melatoniini- ja valeriaana-osioon antamia vastauksia verrattiin keskenään. Jos nämä luokitellut vastaukset eivät olleet samoja, valittiin vastauksista sisällöltään laajempi jatkokäsittelyyn. Esimerkiksi jos farmaseutti oli vastannut toiseen kysymykseen, ettei ollut antanut asiakkaalleen mitään muita neuvoja ja toiseen kysymykseen oli jättänyt kokonaan vastaamatta, valittiin näistä vastauksista edellinen tai jos toiseen kysymykseen oli annettu vastauksena enemmän unihuoltoon liittyviä neuvoja, valittiin tämä laajempi vastaus jatkokäsittelyyn.

Kun kunkin farmaseutin vastauksista oli valittu sisällöltään laajempi, muodostettiin SPSS-ohjelmaan uusi muuttuja, joka sisälsi vain toisen farmaseutin antamista vastauksista tarkasteltaviin melatoniini- ja valeriaanakysymyksiin. SPSS-ohjelman avulla määritettiin uuden muuttujan frekvenssit. Yksityiskohtaisten lääkkeettömien neuvojen lukumäärät laskettiin manuaalisesti käsinkirjoitetusta luettelosta, samoin kuin kaikki

maininnat lääkäreistä ja muista unettomuuden lääkkeettömistä hoitokeinoista.

Sama aineisto analysoitiin toistamiseen tammikuussa 2014. Tämä analyysi ei ollut identtinen toteutustavaltaan ensimmäisen analyysin kanssa. Toisella analyysikerralla yksittäisen farmaseutin antamia vastauksia tarkasteltaviin melatoniini- ja valeriaana-kysymyksiin verrattiin keskenään, ja mikäli nämä eivät olleet unihuollon sisältöjen suhteen identtisiä, jatkoanalyysiin valittiin tapauskohtaisesti kahdesta vastauksesta se, joka oli sisällöltään laajempi. Kysymyksiin saatujen vastausten vertailujen yhteydessä laskettiin sellaisten vastausten määrät, jotka kuuluivat edellä esitettyihin luokkiin 2-6 ja sisälsivät taulukossa (Taulukko 5) esitettyjä yksityiskohtaisia neuvoja. Lisäksi kullekin edellä esitetyllä tavalla valitulle farmaseutin vastaukselle esitettiin seuravanlainen kysymys: *Mitä unihuoltoon liittyviä neuvoja asiakkaalle annetaan?* Teoriaohjaavasti, unettomuuden *Käypä hoito* -suositusten unihuoltoon liittyvien neuvojen toimiessa teoreettisena viitekehystenä, muodostettiin tulososiossa esitetyt unettomuuden lääkkeettömän hoidon luokat. Näitä luokkia ovat muun muassa säännöllisyys, rauhoittuminen ja liikunta/ulkoilu. Unihuollon eri luokkiin kuuluvia vastauksia sekä muita vastauksia, kuten luokkiin 2-6 kuuluvia, verrattiin ensimmäisen analyysin tuloksiin. Eroja löytyi yhteensä kahdeksan vastauksen luokittelussa. Pohdinnan jälkeen luokitteluihin tehtiin tarvittavat korjaukset.

**Taulukko 5.** Unettomuuden lääkkeetön hoito unettomuuden *Käypä hoito* -suositusten potilasversion mukaan (Riikola ja Partinen 2008)

Unettomuuden hoito
• Tarkista elintapasi.
• Vähennä nautintoaineiden käyttöä.
• Lisää liikuntaa.
• Älä urheile juuri ennen nukkumaan menemistä.
• Älä syö iltaisin liian raskaasti.
• Älä mene nukkumaan nälkäisenä.
• Palauta säännöllinen unirytmisi.
• Käsittele huolet päivällä.
• Vältä liian pitkään nukkumista.
• Tee nukkumisympäristö otolliseksi.
• Rauhoitu.
• Vuode on vain nukkumista ja rakastelua varten.
• Älä yritä nukahtaa väkisin.
• Jos uni ei tule 15 minuutissa valojen sammuttamisen jälkeen, nouse vuoteesta.



## 7 TULOKSET

Tutkimuksen tuloksissa tarkastellaan apteekkeissa työskentelevien farmaseuttien näkökulmasta unettomuuden niin lääkkeellistä kuin lääkkeetöntäkin hoitoa sekä apteekin asemaa unettoman avuntarjoajana. Tuloksissa kuvataan myös apteekkifarmaseuttien tekemiä havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä. Lisäksi tarkastellaan farmaseuttien suhtautumista unilääkkeiden käyttäjiin sekä näkemyksiä lääkäreiden harjoittamasta unettomuuden hoidosta.

Tutkimustulosten yhteydessä vihreällä pohjalla esitetyt tekstit ovat suoria lainauksia farmaseuttien tutkimukseen antamista vastauksista. Nämä lainaukset on valittu toisaalta siten, että ne kuvaavat farmaseuttien tutkimukseen antamia tyypillisiä vastauksia mutta myös siten, että ne tuovat esiin vastauksissa ilmenneen kirjon.

### 7.1 ENSISIJAINEN APU UNETTOMUUTEEN

Farmaseuteilta kysyttiin seuravanlainen kysymys: *”Mistä unettoman kannattaa ensisijaisesti lähteä hakemaan apua ongelmaansa silloin, kun unettomuuden taustalla ei ole fyysistä tai psyykkistä sairautta?”*. Tämän kysymyksen avulla tutkittiin epäsuorasti sitä, kokivatko farmaseutit apteekin unettomien ensisijaisena avuntarjoajana. Tähän kysymykseen vastasi 260 henkilöä.

Farmaseuttien edellä esitettyyn kysymykseen antamat vastaukset jaettiin kolmeen luokkaan. Ensimmäisen luokan muodostivat ne vastaukset, joissa farmaseutit ilmoittivat luottavansa unettomuuden omatoimiseen hoitoon. Yhteensä 138 eli hieman yli puolet tiedonantajista oli tätä mieltä. Unettomuuden omatoimiseen hoitoon laskettiin kuuluvan tässä yhteydessä myös ne vastaukset, joissa oli maininta apteekista ensisijaisena avuntarjoajana. Toisen luokan muodostivat ne vastaukset, joissa farmaseutin mielestä unettomien tuli kääntyä terveydenhuollon puoleen – tämä luokka ei sisältänyt apteekkeja. Terveydenhuoltoa suosi yhteensä 87 farmaseuttia. Kolmannen luokan muodostivat ne vastaukset, joissa farmaseutti ilmaisi, että unettomien tuli turvautua joko omatoimiseen hoitoon tai terveydenhuoltoon tai näihin molempiin. Tällä tavoin edellä esitettyyn kysymykseen vastasi yhteensä 35 farmaseuttia.

### 7.1.1 UNETTOMUUDEN OMATOIMINEN HOITO

Enemmistö (98 vastaajaa) niistä farmaseuteista, jotka suosivat ensisijaisesti unettomuuden omatoimista hoitamista, kannattivat elämäntapamuutoksia ja unihygieniaan liittyviä tekijöitä. Farmaseuttien käsitykset näistä muutoksista ja unihuollosta olivat sisällöltään ja laajuudeltaan hyvin erilaisia. Esimerkiksi farmaseutit totesivat vastauksissaan seuraavasti:

*Harrastamalla sopivasti rasittavaa liikuntaa (farmaseutti 117)*

*Ensin kotoa saneeraamalla makuuhuone niin, että unen tulo helpottuu jne. (farmaseutti 187)*

*Ulkoilla useammin, ostaa uusi patja, viilentää huoneilmaa...Jos ei auta, mennä lääkäriin. (farmaseutti 115)*

*Elämäntapamuutokset ensin. Pirstävät juomat pois illalla, rentouttavaa liikuntaa, musiikkia ja lukemista ennen nukkumaanmenoa. Painostavien tv-ohjelmien katselun välttäminen ennen nukkumaanmenoa (farmaseutti 4)*

*Kannattaa ensin tarkastella onko omissa elämäntavoissa parannettavaa esim. fyysinen rasitus myöhään illalla, ilta-ateria, nautinto-aineiden nauttaminen; kahvi, alkoholi, ulkoiset olosuhteet makuuhuoneessa, säännöllinen nukkumaanmeno-aika ja herääminen, huolet ja murheet käsitellä päiväsaikaan eikä vatvota niitä nukkumaan mentäessä... (farmaseutti 61)*

Unettomuuden omatoimiseen hoitoon kuuluvat myös farmaseuttien mainitsemat kotikonstit (6 vastaajaa), unettomuuden itsenäinen pohdiskelu (12 vastaajaa), läheisten apu (5 vastaajaa) ja rentoutuminen (4 vastaajaa), johon voidaan katsoa kuuluvan vastauksissa mainitut joogan ja avantouinnin. Näiden lisäksi kolme farmaseuttia oli sitä mieltä, että unettoman tuli ”psyykata” itseään esimerkiksi siten, että muutti suhtautumistaan unettomuuteen, uskoi itseensä tai että ei tehnyt unettomuudestaan etukäteen ongelmaa. Esimerkkejä edellä luetelluista farmaseuttien mainitsemista unettomuuteen auttavista keinoista:

*...saunominen, lukeminen, lasi maitoa tai kalkkitabletti, lämmintä kaakaota tai kofeiinitonta kahvia maidon kanssa... (farmaseutti 129)*

*Pohtia ensin itse syitä, jotka ehkä aiheuttavat unettomuutta ja pyrkiä vaikuttamaan niihin. (farmaseutti 39)*

*Puhua oman perheen kanssa ja ystävien. Elintapoja muuttaa ensin (farmaseutti 173)*

Apteekin mainitsi nimeltä unettomuuden omatoimisen hoidon yhteydessä 28 vastaajaa. Kaiken kaikkiaan apteekki mainittiin 47 vastauksessa 260:stä. Mikä oli farmaseuttien mukaan apteekin rooli unettomuuden hoidossa? Vastausten perusteella voitiin todeta, että farmaseuttien tehtävänä oli myydä unettomille asiakkailleen itsehoitovalmisteita (8 vastaajaa), itsehoitovalmisteiden myynnin yhteydessä antaa lääkkeettömiä neuvoja (4 vastaajaa) tai antaa lääkkeettömiä neuvoja (1 vastaaja). Muut apteekin maininneet farmaseutit vain totesivat, että apua voi tulla hakemaan apteekista. Esimerkkejä farmaseuttien antamista vastauksista:

*Netistä, apteekista saa lääkkeettömiä neuvoja unettomuuteen (farmaseutti 32)*

*Apteekista ensin, esim. melatoniini tai valeriana-tuotteilla (farmaseutti 170)*

*Apteekin henkilökunta auttaa keskustelemalla unirytmiiin liittyvistä asioista, tarvittaessa antaa ohjeita käsikaupan lääkkeistä. Liikunta, iltasyönnit, rauhoittuminen, "tylsän" kirjan lukeminen, rauhallinen musiikki. Sänky on vain nukkumista ja rakastelua varten Lääkäriin apua, jos unettomuus jatkuu ja haittaa työhön keskittymistä. (farmaseutti 114)*

Omatoimista hoitoa kannattaneiden farmaseuttien vastauksista ei voinut aina päätellä sitä, mistä unettomien tuli hankkia tiedot unettomuuden omatoimiseen hoitamiseen. Ne, jotka tässä kohdin ottivat kantaa tietoläheisiin, olivat sitä mieltä, että lähteenä voi käyttää nettiä (10 vastaajaa), apteekkia (6 vastaajaa), kirjastoa (2 vastaajaa), tuttuja (1 vastaaja), viikkolehtiä (1 vastaaja) ja kirjallisuutta (1 vastaaja). Esimerkiksi eräät farmaseutit totesivat seuraavasti:

*Tutustua esim. netissä unettomuuden syihin. Yrittää siltä pohjalta selvittää, mikä juuri hänen kohdallaan on se avainasia. Miten hän voisi muuttaa esim. elintapojaan, nukkumaanmenoaikaa yms. Jos itsenäisesti ei onnistu niin terveyskeskus voisi auttaa. (farmaseutti 222)*

*Apteekista saa monenlaista apua unettomuuteen, ennen lääkärille menoa. Osaamme neuvoa myös ns. unihygieniasta. Vasta jos apteekin neuvot eivät auta, on hyvä käydä lääkärissä. (farmaseutti 51)*

### **7.1.2 APUA TERVEYDENHUOLLOSTA**

Kysymykseen vastanneista 260 farmaseutista 87 oli sitä mieltä, että unettoman tuli turvautua ensisijaisesti terveydenhuollon puoleen, joka tässä

kohdin ei sisältänyt apteekkia. Esimerkiksi farmaseutit totesivat vastauksissaan seuraavasti:

*Mielestäni lääkärin vastaanotto olisi ensimmäinen paikka, josta hakee ensin apua... (farmaseutti 188)*

*Terveydenhoitajalta (työterveyshuolto,tk,opiskeluteriv.h). Keskusteluapu ja neuvot saattavat helpottaa. (farmaseutti 168)*

Lääkärin mainitsi 65 vastaajaa. Heistä kuusi totesi, että uneton voi kääntyä myös hoitajan puoleen. Yksi oli sitä mieltä, että unettoman tuli kääntyä joko lääkärin tai psykologin puoleen. Kaksi oli sitä mieltä, että kannatti ottaa yhteyttä joko lääkäriin tai uniklinikalle. Kolme oli sitä mieltä, että unettoman tuli kääntyä joko työterveyslääkärin puoleen tai ottaa yhteyttä terveysasemaan ja kaksi oli sitä mieltä, että ottaa yhteyttä joko lääkäriin tai työterveyteen. Lääkärin ainoana vastausvaihtoehtona antoi 54 farmaseuttia.

Farmaseuteista 40 mainitsi unettoman auttajana lääkärin ilman, että sen tarkemmin ilmaisi, millaisesta lääkäristä oli kyse. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että unettomuuden hoito kului psykiatrille ja yksi psykoterapeutille. Muut käyttivät lääkäristä seuravanlaisia ilmaisia: terveyskeskus-, työterveys-, oma-, erikois- ja yksityislääkäri. Lääkkeet unettomuuden hoidossa tämän kyseessä olevan kyselyn yhteydessä mainitsi 11 farmaseuttia 260:stä.

Vastaajista 16 ei ottanut kantaa siihen, kuka työterveys- tai perusterveydenhuollossa huolehti unettomien hoidosta. Nämä 16 farmaseuttia vain totesivat, että unettoman kannatti kääntyä työterveyden ja/tai terveyskeskuksen puoleen. Uniklinikan mainitsi kaiken kaikkiaan kolme vastaajaa, joista ainoana vaihtoehtona sen antoi yksi farmaseutti.

Terveydenhoitajan ainoana ensisijaisena unettomuuden hoidon osapuolena mainitsi kolme vastaajaa, ja yksi vastaaja oli sitä mieltä, että unettoman tuli ottaa yhteyttä unettomuuteen perehtyneeseen terapeuttiin.

### **7.1.3 OMATOIMINEN HOITO JA/TAI TERVEYDENHUOLTO**

Kysymykseen siitä, mistä unettoman kannatti ensisijaisesti lähteä hakemaan apua ongelmaansa, antoi 35 farmaseuttia vastauksena, että unettoman tuli olla omatoiminen unettomuuden hoidossaan (sisältää apteekin) ja/tai hänen tuli kääntyä terveydenhuollon puoleen. Terveydenhuolto sisälsi tässä kohdin maininnat lääkäri (19 vastaajaa), hoitaja (5 vastaajaa), terapeutti (3 vastaajaa), psykologi (2 vastaajaa) ja/tai työterveys/terveyskeskus (8 vastaajaa). Lisäksi oli yksi maininta rentoutumista opettavista tahoista.

Omatoimisella unettomuuden hoidolla tarkoitettiin tässä kohdin sitä, että uneton hyödynsi Internetiä (5 vastaajaa) ja/tai kirjallisuutta (3 vastaajaa), noudatti terveellisiä elämäntapoja (6 vastaajaa), huolehti hyvästä unihygieniasta (2 vastaajaa) ja/tai haki apua luontaistuotekaupasta (2

vastaajaa). Lisäksi oli yksittäiset maininnat sänkyliikkeestä, ystävistä, harrastuksista, rentoutumisesta ja keskustelusta toisen kanssa.

Apteekki esiintyi 19 vastauksessa. Apteekin kanssa samanaikaisesti mainittiin myös lääkäri (10 vastaajaa), hoitaja (3 vastaajaa), psykoterapeutti (1 vastaaja), rentoutusta opettavat tahot (1 vastaaja), psykologi (1 vastaaja), työterveys/terveyskeskus (4 vastaajaa), kirjallisuus (3 vastaajaa), Internet (2 vastaajaa), luontaistuotekauppa (2 vastaajaa) ja liikunta (1 vastaaja). Esimerkkejä farmaseuttien antamista vastauksista:

*Lääkäriltä, joka tuntee mahdollisimman pitkältä ajalta hänen terveyteensä liittyvät asiat tai hyviltä ystäviltä, joiden antamat henkilökohtaiset neuvot ja apu ja esim. ulkoilu yhdessä voivat tuoda helpotusta tilanteeseen. (farmaseutti 42)*

*Oma hyvinvointi on tärkein, apua kannattaa ensisijaisesti hakea vaikkapa harrastuksista, liikunnasta tai psykologilta. (farmaseutti 73)*

*Otaa selvää kirjallisuudesta tai luotettavasta lähteestä internetistä tai otaa asia esille apteekissa tai terveydenhuollossa. (farmaseutti 77)*

*Apteekista, lääkäriltä tai luontaistuotekaupasta (farmaseutti 258)*

## **Päätelmä tuloksista**

Apteekki ei ole farmaseuttien keskuudessa unettomuuden hoidon itsehoitettuna, ensisijainen avuntarjoaja. Farmaseuttien näkökulmasta unettomuuden lääkkeettömällä itsehoidolla ja terveydenhuollolla on vahva asema unettomuuden hoidossa.

## **7.2 ITSEHOITOASIAKKAAN LÄÄKKEETÖN NEUVONTA**

Edellä todettiin, että useat tutkimukseen osallistuneet farmaseutit suosivat unettomuuden omatoimista hoitamista. Tässä tutkimuksessa tutkittiin myös sitä, antoivatko farmaseutit asiakkailleen itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä tavallisesti myös lääkkeettömiä unettomuuden hoito-ohjeita ja millaisia nämä ohjeet olivat. Farmaseuteilta kysyttiin seuravanlainen pääkysymys: ”UNETON KÄSIKAUPPA-ASIAKKAANA- muistele todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa käsikauppuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman. Tässä tapauksessa unettomuuden taustalla ei ollut todennäköisesti fyysistä tai psyykkistä sairautta. Jos suosittelet hänelle käsikaupasta saatavaa melatoniinivalmistetta, mitä ohjeita annoit melatoniinin käyttämisestä?...”. Tähän kysymykseen saatuja vastauksia ei käsitellä tämän väitöskirjatyön yhteydessä. Lisäksi samaiseen kyselyyn liittyi

seuravanlainen jatkokysymys: ”Mitä muita, ei itse melatoniinivalmisteeseen liittyviä, unettomuuden hoito-ohjeita annoit tälle asiakkaalle?”. Samat kysymykset esitettiin, kun farmaseutti oli suositellut unettomuuden hoitoon valeriaanavalmistetta.

Melatoniini- ja valeriaanavalmistesten suositteluiden yhteydessä annetuista unettomuuden lääkkeettömistä neuvoista tämän tutkimuksen tulosesiintöön valittiin tarkasteltavaksi se ohjeistus, joka oli ollut monipuolisempi, mikäli asiakkaalle annetut hoito-ohjeet eivät olleet samat melatoniini- ja valeriaanavalmistetta suositelluille asiakkaille. Vastaajia tässä kyselyssä oli kaiken kaikkiaan 259, joista yhden farmaseutin vastaus poistettiin tutkimuksesta sen vuoksi, ettei hän työskennellyt apteekissa.

### 7.2.1 UNIHUOLTO

Lähes puolet eli 124 farmaseuttia oli kertonut niin sanotuista unihuoltoon liittyvistä unettomuuden hoito-ohjeista unettomalle asiakkaalleen melatoniini- ja/tai valeriaanavalmisteen suosittelun yhteydessä. Näistä farmaseuteista kahdeksan kertoi ottaneensa puheeksi unihygieniaan liittyviä asioita kuitenkin tarkentamatta näiden ohjeiden sisältöä. Yksinkertaisimmillaan farmaseutti oli antanut yhden yksittäisen neuvon. Esimerkiksi hän oli todennut unettomalle asiakkaalleen, että ”ei iltasella enää kahvia” (farmaseutti 54) tai että ”Rauhoittuminen ennen nukkumaanmenoa” (farmaseutti 138). Tai sitten farmaseutti oli antanut unettomalle asiakkaalleen useamman neuvon esimerkiksi seuraavasti:

*Unihygienia on tarkistettava (säinky, patja, tyyny, peitto jne.) Iltaisin on syytä välttää esim. liikuntaa juuri ennen nukkumaan menoa, kahvin juontia tms. jos huolet valvottaa olisi hyvä pitää ns. huolihetki ja kirjata huolestuttavat asiat päiväkirjaan jne. Päivittäinen liikunta on hyvää tekevä juttu unelle, vähintään 1/2h/pvä samoin terveellinen ravinto. Alkoholi myös huonontaa unenlaatua jos on uniongelmia, alkoholia ei pitäisi käyttää yhtään! Mielialalääkkeet (esim. Mirtazapin) reseptilääkkeinä saattavat myös auttaa ja terapia myös. (farmaseutti 68)*

*- nukkumaan menon säännöllisyys ja asettuminen pitkälle, kun huomaa väsytyksen, jos kello on riittävän paljon - jos käyttää kalkkitabletteja, ne kannattaa ottaa illalla, koska kalkki väsyttää. Siihen perustuu, että maito väsyttää. - virkistävät tuotteet tulee nauttia valveilla olon alettua, ei ennen nukkumaan menoa - kaikki aktiviteetti ennen nukkumista virkistää ja pitää hereillä. (Paitsi seksi, tehokas unilääke. Tätä en ole vielä sanonut asiakkaalle.) (farmaseutti 181)*

### 7.2.1.1 Säännöllisyys

Säännöllisestä rytmistä unettomalle asiakkaalleen kertoi 35 farmaseuttia. Säännöllisellä rytmillä tarkoitettiin pääsääntöisesti kolmea erilaista säännöllisyyttä: säännöllisyyttä nukkumaanmenoajoissa, säännöllisyyttä vuorokausirytmisä/uni-valverytmisä sekä säännöllisyyttä elämäntavoissa. Lisäksi oli yksittäisiä mainintoja säännöllisestä rytmistä, joita farmaseutti ei kuitenkaan tarkentanut sekä kehoitus säännölliseen päivä- ja ruokarytmiin. Farmaseuttien kirjoittamista teksteistä ei selvinnyt se, mainittiinko unettomalle asiakkaalle, mitä säännöllisellä vuorokausi- ja uni/valverytmillä sekä elämäntapojen säännöllisyydellä tarkoitettiin käytännössä nukkumiseen liittyen. Esimerkiksi yksikään farmaseutti ei suoranaisesti maininnut, että unettoman pitäisi myös herätä aina suurin piirtein samoihin aikoihin.

### 7.2.1.2 Rauhoittuminen

Lähes viidesosa, eli 47 farmaseuttia, kyselyyn vastanneista kertoi unettomalle asiakkaalleen illan rauhoittamisesta ja rauhoittumisesta ennen nukkumaanmenoa. Toiset farmaseutit kehittivät unettomia asiakkaitaan vain rauhoittamaan illat toisten antaessa yksityiskohtaisempia neuvoja.

Farmaseuttien mielestä seuraavat illalla tai ennen nukkumaan menoa tehdyt toimenpiteet voivat rauhoittaa: lukeminen sohvalla ennen nukkumaan menoa tai vain kirjan lukeminen, rauhallinen musiikki tai *"rauhallisia hommia"* illalla sekä yleensäkin sellaiset toimet, jotka rauhoittavat niin kehoa kuin mieltäkin. Kyselyyn vastanneiden farmaseuttien mukaan unettoman ei tullut katsoa televisiota juuri tai tuntia ennen nukkumaan menoa. Sama ohje koski tietokoneen käyttöä. Ei myöskään jännittäviä elokuvia eikä muutenkaan jännittävää tai liian virkistävää toimintaa tullut harjoittaa illalla tai ennen nukkumaan menoa. Lisäksi tässä kohdin farmaseutit olivat todenneet unettomalle asiakkaalleen, että heidän tuli välttää *"liikaa rehkimistä"* ja fyysistä rasitusta illalla tai juuri ennen nukkumaan menoa. Unettomien kieltolistalla oli yhdellä farmaseutilla myös lukeminen. Hän ei kuitenkaan ottanut kantaa ajankohtaan, jolloin lukemista ei tullut harrastaa.

Illan rauhoittamisen ja rauhoittumisen lisäksi 14 farmaseuttia oli maininnut unettomalle asiakkaalleen iltarutiinien käytöstä. Näiden farmaseuttien mukaan iltarutiinien tarkoituksena oli rauhoittaa, rentouttaa tai vain edesauttaa nukahtamista. Erikseen eräs farmaseutti totesi, että unettoman tuli etsiä *"oma tyyli"* nukkumiseen. Yksi farmaseutti suosittelikin sohvalla nukkumiskokeilua kahden suositellessa asiakkaalleen positiivista ajattelua tilanteisiin, jolloin uni ei tullut.

### 7.2.1.3 Stressin vähentäminen ja huolien käsittely

Stressin otti puheeksi unettoman asiakkaansa kanssa seitsemän vastaajaa. Kaksi farmaseuttia oli todennut asiakkaalleen, että stressiä tulisi vähentää. Viisi farmaseuttia mainitsi keskustelleensa asiakkaan kanssa stressistä.

Mieltä painavien asioiden käsittelemisen otti puheeksi unettoman asiakkaansa kanssa yhteensä kolme farmaseuttia. He totesivat vastauksissaan seuraavasti:

*...Mahdolliset murheet murehdittava päivällä. (farmaseutti 106)*

*...yrittää hoitaa asiat päiväsaikaan niin ettei tarvitse illalla nukkumaan mentäessä mietiskellä (farmaseutti 216)*

*...ettei miettisi huolia yöllä. (farmaseutti 217)*

### 7.2.1.4 Nukkumaan väsyneenä, unen pituus ja päiväunet

Kyselyyn vastanneista farmaseuteista kuusi oli kehottanut asiakastaan menemään nukkumaan silloin, kun oli väsynyt. Tällä oli tarkoitettu kahta eri asiaa. Toisaalta oli tarkoitettu sitä, että nukkumaan mentiin vasta silloin, kun tunsu itsensä väsyneeksi. Toisaalta oli tarkoitettu sitä, että väsymys tuli hyödyntää unen saamiseksi, kuten esimerkiksi seuraavasta lainauksesta voidaan päätellä: *”...Kun alkaa unettaa, kannatta mennä nukkumaan eikä sitkistellä hereillä, ettei uni mene ohi.”* (farmaseutti 45).

Aina ei tarvitse nukkua yhtä paljon. Tämän oli kertonut asiakkaalleen neljä farmaseuttia. Esimerkiksi he totesivat vastauksissaan seuraavasti:

*...Ei ole paniikkia vaikei jonakin yönä tule nukuttua ihan koko ajan. (farmaseutti 71)*

*-silloin tällöin vaivaava lyhytaikainen unettomuus ei ole vaarallista, yön voi joskus valvoakin... (farmaseutti 159)*

Päiväunet otti esille asiakasneuvonnassaan kahdeksan vastaajaa. Esimerkiksi farmaseutit olivat todenneet asiakkailleen seuraavasti:

*...Jos päiväunia on pakko nukkua, niin ei yli 30 min... (farmaseutti 44)*

*...Ei kannata harrastaa päiväunia... (farmaseutti 113)*

*...Pitää välttää yli 15 min pituisia päiväuni. (farmaseutti 249)*

*...välttää pitkiä päiväunia. (farmaseutti 167)*



### 7.2.1.5 Hyvä nukkumisympäristö – sänky nukkumista varten

Yhteensä 35 farmaseuttia otti kantaa siihen, millainen oli hyvä nukkumisympäristö. Yleisimmät unettomille asiakkaille annetut ohjeet koskivat makuuhuoneen lämpötilaa ja nukkumisympäristön rauhoittamista. Yhteensä 23 farmaseuttia totesi, että makuuhuoneen tuli olla viileä ja 21 mainitsi, että nukkumisympäristö tuli rauhoittaa. Tällä jälkimmäisellä farmaseutit tarkoittivat muun muassa seuravanlaisia asioita: Makuuhuoneessa tuli olla pimeää ja hiljaista. Sieltä tuli poistaa häiritsevät tekijät, kuten televisio ja tietokone. Sängyssä ei siis katsottu televisiota muttei myöskään luettu joidenkin farmaseuttien mielestä. Lisäksi kuusi farmaseuttia puhui asiakkaalleen makuuhuoneen raittiin ilman puolesta. Muita yksittäisiä mainintoja oli makuuhuoneen siisteydestä, mukavuudesta, puhtaista liinavaatteista ja viileästä pyjamasta. Kolme farmaseuttia oli maininnut keskustelleensa makuuhuoneen ominaisuuksien merkityksestä mainitsematta kuitenkaan näiden keskustelujen sisältöä. Lisäksi yhteensä kymmenen vastaajaa oli kehottanut itsehoitopuolen unetonta asiakastaan käyttämään sänkyään tai makuuhuonettaan vain nukkumiseen.

### 7.2.1.6 Alkoholi ja piristävät aineet

Alkoholin käyttöön otti kantaa unettoman itsehoitoasiakkaan kohdalla kymmenen farmaseuttia. Jyrkimmillään farmaseutti oli sitä mieltä, että *”...Alkoholi myös huonontaa unenlaatua jos on uniongelmia, alkoholia ei pitäisi käyttää yhtään!...”* (farmaseutti 68). Joidenkin farmaseuttien mielestä alkoholin käytön ajoituksella oli merkitystä. Eräät farmaseutit olivat todenneet asiakkaalleen esimerkiksi seuraavasti:

*...alkoholin välttäminen illalla... (farmaseutti 26)*

*...ei alkoholia...myöhään... (farmaseutti 81)*

*...eikä alkoholia ennen nukkumaan menoa... (farmaseutti 186)*

Lisäksi yksi farmaseutti totesi vastauksessaan, että *”...alkoholi ei ole oikea keino hoitaa unettomuutta.”* (farmaseutti 61).

Tupakointia illalla kehotti välttämään yksi farmaseutti. Sen sijaan useampi farmaseutti mainitsi piristävien aineiden välttämisen illalla kuitenkin yksilöimättä tässä kohdin tupakkaa. Liiallisen kahvinjuonnin tai kahvin, teen ja/tai kolajuomien sekä muiden piristävien aineiden välttämisestä *”illalla”, ”myöhään, ennen nukkumaan menoa”, ”pariin tuntiin”, ”kuuteen tuntiin”* tai *”muutamaan tuntiin ennen nukkumaan menoa”* mainitsi unettomalle asiakkaalleen yhteensä 39 farmaseuttia. Eräs farmaseutti totesikin, että *”...virkistävät tuotteet tulee nauttia valveilla olon alettua, ei ennen nukkumaan menoa...”* (farmaseutti 181).

### 7.2.1.7 Ruokailu - iltapala

Syömisestä ja ruokailusta puhui unettomalle asiakkaalleen 27 farmaseuttia. Unettomalle asiakkaalle kerrottiin terveellisestä ruokavaliosta, kehoitettiin yleensäkin välttämään ylensyöntiä ja raskasta ruokaa tai näin tuli toimia *”illalla”, ”myöhään illalla”, ”lähellä nukkumaan menoa”, ”pariin tuntiin ennen nukkumaan menoa”, ”muutamaan tuntiin ennen nukkumaan menoa”, ”ennen nukkumaan menoa”* tai *”juuri ennen nukkumaan menoa”*.

Osa farmaseuteista kehotti unetonta nauttimaan iltapalan. Iltapalaa kommentoitiin muun muassa siten, että se *”ei saisi olla liian raskas”*, sen tulisi olla *”kevyt”, ei ”tuhti”, ”kevyt hiilihydraattipitoinen”* tai *”kevyt proteiinipitoinen”*. Iltapalan ajoitukseen otti kantaa kaksi farmaseuttia. Se tuli nauttia heidän mukaansa *”viimeistään kaksi tuntia ennen nukkumaan menoa”* tai *”noin tunti ennen nukkumaan menoa”*.

### 7.2.1.8 Liikunta ja ulkoilu

Liikunnan ja/tai ulkoilun otti puheeksi unettoman asiakkaansa kanssa yhteensä 54 farmaseuttia eli viidesosa tämän tutkimuksen tiedonantajista. Tällaisella fyysisellä suorituksella todettiin olevan muun muassa edullinen vaikutus unensaantiin ja unirytmiiin. Ulkoliikunnasta eräs farmaseutti totesi, että *”...ulkoliikunta auttaa joitakin saamaan seur.yönä unenpäästä kiinni.”* (farmaseutti 30) toisen todetessa, että *”...liikkua riittävästi, se edesauttaa unirytmien löytämistä.”* (farmaseutti 123). Farmaseutit mainitsivat liikumisen säännöllisyyden tärkeyden esimerkiksi seuraavasti: *”Päivittäinen liikunta ja ulkoilu saattaa auttaa saamaan unen helpommin illalla...”* (farmaseutti 61) ja *”... Päivittäinen liikunta on hyvää tekevä juttu unelle, vähintään 1/2h/pvä...”* (farmaseutti 68).

Lisäksi osa farmaseuteista otti kantaa siihen, millaista liikunnan tuli olla ja mihin aikaan sitä tuli harrastaa. Ne farmaseutit, jotka totesivat, että liikunnan tai ulkoilun tuli olla *rauhallista* tai *kevyttä*, suosittelivat kyseessä olevan toiminnan ajankohdaksi *illan suuta, alkuiltaa, ei kovin myöhään, ei iltaisin* tai *ei juuri ennen nukkumaan menoa*. Ne farmaseutit, jotka kuvailivat liikuntasuoritusta *kovaksi, rankaksi, raskaaksi, rasittavaksi, rajuksi* tai *voimakkaaksi* olivat maininneet unettomille asiakkailleen, että tällaista ei tullut harrastaa *illalla, illalla myöhään, ennen* tai *lähellä nukkumaanmenoa* tai *pariin tuntiin, muutamaan tuntiin, 4 tuntiin* tai *juuri ennen nukkumaan menoa*. Tai sitten tällainen liikunta tuli suorittaa *hyvissä ajoin ennen nukkumaanmenoa*.

## 7.2.2 UNETTOMUUDEN MUU HOITO

Unihuoltoon liittyvien unettomuuden hoito-ohjeiden lisäksi 16 farmaseuttia oli kertonut unettomalle asiakkaalleen unettomuuden muusta hoidosta. He olivat maininneet rentoutumisharjoitteista tai -menetelmistä (5 farmaseuttia),

uniärsykehallinnasta käytännössä (9 farmaseuttia) ja huolihetken pitämisestä (2 farmaseuttia). Tämän tutkimuksen mukaan yksikään farmaseutti ei kertonut asiakkaalleen unettomuuden hoitoon käytettävästä unirajoitemenetelmästä.

### **7.2.3 EI MUITA UNETTOMUUDEN HOITO-OHJEITA**

Kyselyyn vastanneista farmaseuteista 25 eli kymmenesosa oli kirjoittanut vastausruutuun, ettei ollut antanut asiakkaalleen unettomuuden muita hoito-ohjeita tai oli merkinnyt tähän kohtaan viivan. Yhteensä 27 vastaajaa oli maininnut unettomuuden itsehoidon yhteydessä lääkärin. Heistä 17 farmaseuttia ei ollut antanut unettomuuteen muuta ohjeistusta kuin kehottanut asiakastaan kääntymään lääkärin puoleen, ja 10 farmaseuttia oli muiden hoito-ohjeiden lisäksi neuvonut asiakasta ottamaan yhteyttä lääkäriin. Lääkäriin puoleen oli kehoitettu kääntymään joko sen vuoksi, että valmiste ei mahdollisesti tehonnutkaan tai sen vuoksi, että unettomuus oli jatkunut jo pitkään tai oireet olivat vaikeita.

### **7.2.4 VASTAAMATTOMAT**

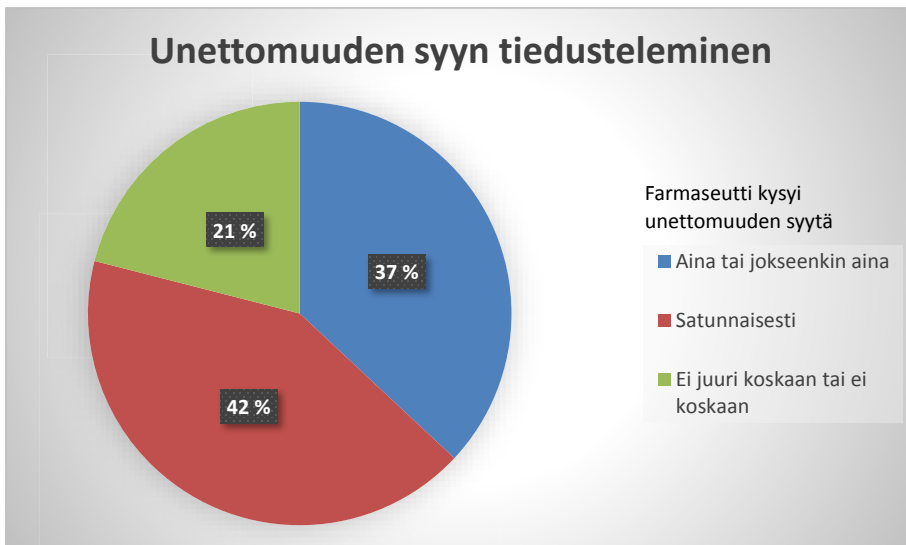
Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastanneista farmaseuteista 85 eli kolmasosa oli jättänyt vastaamatta molempiin sekä melatoniini- että valerianavalmisteen yhteydessä esitettyyn jatkokysymykseen unettomuuden muusta hoito-ohjeistuksesta. Näistä kaksi vastaajaa ei ollut suositellut asiakkaalleen kumpaakaan valmistetta, yhteensä viisi vastaajaa ilmoitti, ettei ollut myynyt käsikauppuolella valerianavalmisteita ja yhteensä 47 farmaseuttia ilmoitti, ettei ollut vastaavasti myynyt melatoniinivalmisteita. Lisäksi yksi vastaaja ei muistanut sitä, oliko antanut lääkkeettömiä unettomuuden hoito-ohjeita ja neljä vastaajaa ei vastannut kysymykseen, vaan he jatkoivat vastauksissaan itse valmisteeseen liittyvää neuvontaa. Yksi farmaseutti ilmoitti tässä kohdin kartoittaneensa unettomuuden syytä. Näin oli toiminut seitsemän muuta kyselyyn vastannutta farmaseuttia sen lisäksi, että he olivat antaneet unettomalle asiakkaalleen muita unettomuuteen liittyviä ohjeita. Lisäksi yksi farmaseutti kirjoitti vastauksessaan, ettei asiakasta kiinnostanut unettomuuden muut hoito-ohjeet.

### **Päätelmä tuloksista**

Farmaseuttien antama unettomuuden lääkkeetön neuvonta ei ole itsestään selvää unettomuuden itsehoitovalmisteiden suosittelevien yhteydessä. Toisaalta tämä eri farmaseuttien kyseessä olevassa tilanteessa tyypillisesti antama lääkkeetön neuvonta on niin määrältään, sisällöltään kuin laadultaankin erilaista.

### 7.3 ITSEHOITOASIAKKAAN UNETTOMUUDEN SYYN KARTOITTAMINEN JA NUKKUMISPÄIVÄKIRJAN HYÖDYNTÄMINEN

Muutamat farmaseutit ilmoittivat keskustelleensa unettomuuden syystä itsehoitoasiakkaansa kanssa. Miten yleistä tällainen asiakkaan unettomuuden syyn kartoittaminen sitten oli apteekin itsehoito-osastolla? Tätä tutkittiin seuravanlaisen kysymyksen avulla: *”Kun kohtaat apteekin itsehoitopuolella asiakkaan, joka tarvitsee apua unettomuuteensa, jos hän ei itse oma-aloitteisesti kerro syytä unettomuutensa niin, kuinka usein tiedustelet sitä häneltä?”*. Vastausvaihtoehdot olivat *aina, jokseenkin aina, satunnaisesti, en juuri koskaan ja en koskaan*. Kyselyyn vastanneista farmaseuteista 88 eli 37 % ilmoitti kysyvänsä asiakkaaltaan syytä unettomuuteen itsehoidon yhteydessä aina tai jokseenkin aina. Satunnaisesti näin teki 100 vastaajaa eli 42 % ja ei juuri koskaan tai ei koskaan 50 farmaseuttia eli 21 % kyselyyn vastanneista (Kuva 9). Tähän kysymykseen saatiin vastaus yhteensä 238 farmaseutilta.



**Kuva 9** Unettomuuden syyn tiedusteleminen apteekin itsehoito-osaston asiakkaalta, kun asiakas ei sitä itse oma-aloitteisesti kertonut (n = 238).

Unettomuuden syyn selvittämiseksi oli neljä farmaseuttia 277:stä *Tyypillinen työikäinen uneton* -kyselyyn osallistuneesta kehottanut itsehoito-osaston unetonta asiakastaan pitämään nukkumispäiväkirjaa. Tämä selvisi, kun farmaseuteilta kysyttiin seuraavalainen kysymys: *”Kehotatko unetonta käsikauppa-asiakastasi pitämään nukkumisestaan päiväkirjaa?”* Vastausvaihtoehdot olivat *kyllä ja en*. Tähän kysymykseen saatiin 277

vastausta. Päiväkirjaa kehotti pitämään 17 farmaseuttia eli 6 % tutkimukseen osallistuneista.

Lisäksi farmaseuteilta tiedusteltiin sitä, millaisissa tilanteissa he kannustivat asiakastaan pitämään nukkumispäiväkirjaa. Seuraavaan luetteloon on kerätty ne syyt, joiden vuoksi farmaseutit olivat kehottaneet unetonta itsehoitopuolen asiakastaan pitämään tällaista kirjaa.

- lääkärikäyntiä varten
- kun valerianavalmistetta ei ollut tehonnut
- unettomuuden ollessa vaikeaa, epäsäännöllistä, pitkään jatkunutta ja/tai sen pahentuessa
- unettomien öiden määrän havainnollistamisessa
- unettomuuden havaitsemiseksi tai sen poissulkemiseksi
- unettomuuden syyn arvioimisessa
- nukkumisrytmihäiriöissä
- kun taustalla ei ollut fyysistä sairautta
- päiväunien selvittämiseksi
- unettomuuden oirekuvan selvittämiseksi
- nukahtamisvaikeuksissa ja yöllisissä heräämistapauksissa

Unettomuuden syyn selvittämisen mainitsi neljä vastaajaa, vaikeasta unettomuudesta kirjoitti kolme vastaajaa, ja kaksi vastaajaa mainitsi unettomien öiden määrän havainnollistamisen. Muut vastaukset olivat yksittäisiä.

Lisäksi yksi farmaseutti oli sitä mieltä, että tällaista päiväkirjaa ei tulisi käyttää. Hän perusteli mielipidettään seuraavasti: *”Mielestäni tällainen jatkuva tarkkailu voi jopa pahentaa unettomuutta, kun siihen kiinnittää koko ajan huomiota.”* (farmaseutti 34). Tämän kriittisen mielipiteen lisäksi muutamat farmaseutit totesivat nukkumispäiväkirjan olevan käyttökelpoinen tai harkitsemisen arvoinen asia. Kuten eräs farmaseutti kirjoitti, että *”Ei ole tullut mieleen, hyvä ajatus. Suosittelen asiakkaille jatkossa.”* (farmaseutti 105) toisen todetessa, että *”en ole ajatellut tuota, pitääpä ottaa harkintaan”* (farmaseutti 244).

## Päätelmä tuloksista

Vain osa apteekkien farmaseuteista tiedustelee aina unettoman itsehoitoasiakkaansa unettomuuden syytä, jos asiakas ei sitä itse omaaloitteisesti ilmaise. Myöskään unipäiväkirjan hyödyntäminen ei ole kaikilla farmaseuteilla rutiininomaisessa käytössä suomalaisten apteekkien itsehoito-osastoilla.

## 7.4 SYYT UNETTOMUUTEEN

Kun farmaseuteilta kysyttiin *”Mitä ajatuksia työikäiset unilääkkeiden käyttäjät herättävät sinussa?”*, kirjoitti yli puolet eli 134 farmaseuttia vastauksessaan muun muassa unettomuuden taustoista ja syistä. Kaikenlainen negatiivinen ja erityisesti työperäinen stressi (61 vastaajaa) sekä vuorotyö (50 vastaajaa) tiedettiin tai oletettiin yleisimmin unettomuuden syiksi. Lisäksi tässä kohdin mainittiin muun muassa työttömyys ja syrjäytyneisyys, monenlaiset henkilökohtaiset huolet, surut ja murheet, mielenterveysongelmat, kiireinen elämäntyyli, perussairaus, liiallinen alkoholin käyttö, fyysisen rasituksen puute, kyvyttömyys rentoutua, kivut ja säryt, poikkeava elämäntilanne, taipumus tunnollisuuteen ja tarkkuuteen, vaihdevuodet sekä pienet lapset. Myös unettomuuden itsessään todettiin aiheuttavan unettomuutta, kuten eräs farmaseutti totesi vastauksessaan, että *”...Unettomuuden kierre saattaa ruokkia itse itseään.”* (farmaseutti 65).

Osa farmaseuteista siis ilmoitti tiedostavansa ne syyt, jotka vaikuttivat siihen, että unettomuutta esiintyi ja että unilääkkeitä käytettiin. Mutta vastauksissa myös todettiin, että unettomuuden syy ei aina ollut farmaseutin tiedossa. Lisäksi kyselyyn vastanneiden joukkoon kuului myös niitä, jotka olivat sitä mieltä, ettei farmaseutin tarvitsekaan tietää perimmäistä syytä unilääkkeiden käyttöön. Edellisiin toteamuksiin liittyen lainauksia farmaseuttien antamista vastauksista:

*...Asikkaasta riippuen unilääkkeenkäyttösyiden skaala vierii tietoisuuteni ohi...* (farmaseutti 185)

*Ovat mahdollisesti vuorotyöläisiä. Hyvin kiireisen ja kireän oloisia. Osallistuvat paljon esim. yhdistystoimintaan. Mielikuvituksessani ajattelen mm. nämä syyt vaikuttavan unilääkkeiden tarpeeseen.* (farmaseutti 62)

*Ei mitään erityisiä ajatuksia. Ehkä on stressiä työssä, vaihdevuodet, muita murheita. Pitäkö pohtia miksi joku käyttää?? Eihän se minulle kuulu, asiaa on varmaan pohdittu lääkärin kanssa...* (farmaseutti 44)

*...Mietin, miksi he eivät saa unta. Kaikki eivät avaudu unettomuutensa syistä...* (farmaseutti 210)

*...lyhyessä asiakaskontaktissa ei unettomuuden tausta tule juuri koskaan sen enempää esille...* (farmaseutti 224)

### Päätelmä tuloksista

Farmaseutit eivät välttämättä ole aina tietoisia unilääkettä käyttävän asiakkaansa unettomuuden syystä. Asiakkaiden unettomuuden syyn tietäminen jopa kyseenalaistetaan.

## 7.5 FARMASEUTTIIEN HAVAINTOJA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJISTÄ

Tiedonantajat olivat havainneet, että osa unilääkkeiden käyttäjistä piti oikeutettuna lääkkeiden käyttämistä unettomuuden hoidossa. Tällä tarkoitettiin unettomuuden medikalisoimista. Oli myös havaittu, että osalle unettomista lääkkeitä oli tullut osa elämää – halusivatpa he sitä tai eivät. Esimerkiksi farmaseutit totesivat seuraavasti:

*Joskus tuntuu, että kaikkea pitää lääkittää nykyään. Ihmiset eivät ole valmiita tekemään järkeviä muutoksia elämässään, jotta voisivat ja myös nukkuisivat paremmin... (farmaseutti 89)*

*...Osa unilääkkeiden käyttäjistä on niin tottunut käyttämään lääkkeitä, etteivät halua tai pysty olemaan ilman... (farmaseutti 13)*

Farmaseuttien mielestä osa käyttäjistä suhtautui unilääkkeiden käyttöön kevyesti, ja joillakin unettomilla kynnys unilääkkeiden käyttämiselle oli matala. Kaiken kaikkiaan 23 farmaseuttia oli sitä mieltä, että unettomat hakivat ongelmaansa helppoa ratkaisua, ja tämä helppo ratkaisu oli unilääke. Lisäksi oltiin sitä mieltä, että osalla unettomista unilääkkeiden käyttämisestä oli tullut unettomuuden ensisijainen hoitokeino ja muut vaihtoehdot olivat jääneet toissijaisiksi. Oltiin myös sitä mieltä, että unettomilta ei löytynyt aina halukkuutta vaihtoehtojen kokeilemiseen eikä välttämättä etsittykään muita vaihtoehtoja. Farmaseutit totesivat esimerkiksi seuraavasti:

*Ihmiset turvautuvat aivan liian helposti unilääkkeisiin. Ei jakseta nähdä vaivaa esimerkiksi unihoitoon vaan turvaudutaan heti unilääkkeisiin. (farmaseutti 172)*

*...Useammat eivät ole kokeilleet mitään muita konsteja kuin lääkkeitä...Monia ei edes kiinnosta kuulla muista unettomuuteen auttavista hoidoista. (farmaseutti 148)*

Osa unilääkkeiden käyttäjistä oli hyvin omatoimisia hoitaessaan unettomuuttaan lääkkeillä. Farmaseutit olivat havainneet muun muassa, että osa ihmisistä käytti unilääkkeitä sen vuoksi, että voi itse päättää nukahtamisajankohtansa tai että unettomat itse lisäsivät unilääkeannoksiaan ja jättivät noudattamatta lääkäreiden antamia ohjeita. Apteekissa oltiin myös huomattu, että unilääkkeiden käyttäjät eivät aina olleet perillä unilääkkeidensä todellisesta kulutuksesta tai eivät halunneet sitä tiedostaa. Lisäksi koettiin, että unilääkkeiden käyttäjät eivät olleet aina valmiita jakamaan kokemuksiaan farmaseutin kanssa. Edellisiin havaintoihin liittyen kyselyyn vastanneet farmaseutit totesivat muun muassa seuraavasti:

*...lääkkeitä käytetään paljon ja tuntuu että helposti turvaudutaan lääkkeisiin yhä uudestaan ja ovatkin jatkuvassa käytössä vaikka ne on tarkoitettu tilapäiseen käyttöön, omin päin lisätään annostusta eikä noudateta lääkärin ohjetta... (farmaseutti 214)*

*...asiakkaat voivat olla hyvin haluttomia kertomaan unilääkkeiden käytöstä ja ovat ns. puolustuskannalla, kun apteekkilainen kysyy. Osaltaan ongelmana on varmaan se että asiakkaalle voi tulla helposti tunne että leimataan väärinkäyttäjäksi terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta. (farmaseutti 42)*

Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että väestön tietämys unilääkkeistä oli lisääntynyt ja että tämä oli laskenut kynnystä unilääkkeiden käyttämiselle. Myös unilääkkeiden edullisen hinnan arveltiin vaikuttaneen siihen, että unilääkkeitä käytettiin. Toisaalta oltiin sitä mieltä, että unettomilla ei ollut aina riittävästi tietoa esimerkiksi unilääkkeiden oikeanlaisesta ja turvallisesta käytöstä. Lisäksi farmaseutit olivat havainneet, että unettomilla saattoi olla puutteellisia tietoja muista unettomuutta helpottavista lääkkeellisistä vaihtoehtoista. Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi vastauksessaan, että *”...Usein tulee keskusteltua asiakkaan kanssa, olisiko unettomuuteen apua esim. mielialan kohottajasta tai naisilla vaihdevuosien (hekin työikäisiä!) hormonikorvaushoidosta. Kiitollisia ahaa-elämyksiä olen saanut kuulla, kun olen esitellyt vaihtoehtoja...”* (farmaseutti 221).

Kaikki työikäiset unettomat ja unilääkkeiden käyttäjät eivät suhtautuneet farmaseuttien mielestä pelkästään kevyesti tai myönteisesti unilääkkeisiin. Kyselyyn vastanneet farmaseutit olivat myös havainneet, että työikäisten unettomien keskuudessa oli niitä, jotka suhtautuivat unilääkkeisiin varauksellisesti tai jopa pelkäsivät niiden käyttämistä. Lisäksi oli havaittu, että unettomat saattoivat tuntea häpeää ja leimautumispelkoa unilääkkeiden käytön vuoksi.

Unettomilla oli farmaseuttien mielestä ainakin kahdenlaista suhtautumista itse unilääkeriippuvuuteen, kuten seuraavista lainauksista voidaan todeta: Eräs farmaseutti totesi vastauksessaan, että *“...Tuntuu myös, että iso osa unilääkkeiden käyttäjistä ei ota riippuvuuden syntymisen riskiä vakavasti...”* (farmaseutti 211) toisen farmaseutin taas todetessa, että *“...Toiset ihmiset taas tuntevat ”pelkäävän”, eivätkä ota edes lääkärin määräämää unilääkettä, sillä luulevat jäävänsä siihen heti koukuun ja kärsivät miehuummin unettomuudesta...”* (farmaseutti 146). Eli ääripäissään oltiin sitä mieltä, että unettomat eivät aina suhtautuneet vakavasti unilääkkeiden riippuvuutta aiheuttavaan vaikutukseen, tai sitten riippuvuusriski koettiin unettomuuden lääkkeellistä hoitoa rajoittavaksi tekijäksi.



## Päätelmä tuloksista

Farmaseuttien havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä:

- unettomuuden medikalisoituminen - unilääke kiinteä osa elämää
- kevyt suhtautuminen unilääkkeiden käyttämiseen – helppo ratkaisu, ensisijainen vaihtoehto, mutta myös varauksellista suhtautumista sekä häpeää ja leimautumispelkoa
- unilääkkeen itsenäinen käyttö
- haluttomuus kokemusten jakamiseen farmaseutin kanssa
- puutteellisia tietoja unettomuuden lääkkeellisistä hoidoista

## 7.6 UNILÄÄKERIIPPUVUUS JA UNILÄÄKKEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ

Kaikkiaan 62 tiedonantajaa mainitsi vastauksessaan unilääkkeisiin liittyvästä riippuvuudesta, kun heiltä tiedusteltiin ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä. Näistä vastaajista 15 joko kuvaili unilääkeriippuvuutta tai vain totesi sen olemassaolon muiden ottaessa kantaa unilääkkeiden aiheuttamaan riippuvuuteen tarkemmin. Farmaseutit totesivat esimerkiksi, että unilääkeriippuvuus oli yleistä ja että se kehittyi helposti.

Miten kyselyyn vastanneet farmaseutit kokivat asiakkaiden unilääkeriippuvuuden, ja miten tämä riippuvuus näkyi apteekissa? Vastauksissa todettiin, että asiakkaiden unilääkeriippuvuuden havaitsi muun muassa siitä, että unilääkkeitä haettiin apteekista säännöllisesti tai etuajassa. Kun unilääkeriippuvainen asiakas halusi unilääkkeensä toimitettavan aikaisemmin kuin farmaseutti olisi ollut siihen valmis, oli farmaseuteilla kaksi erilaista tapaa toimia. Unilääke joko toimitettiin tai sitä ei toimitettu. Vastauksissa todettiin, että tällaisessa tapauksessa saattoi farmaseutti joutua kuuntelemaan unilääkkeiden käyttöön liittyviä selityksiä, ja farmaseutin kieltäytyessä unilääkkeen toimittamisesta saattoi lopputuloksena olla kielteisen palautteen saaminen. Kuten jäljempänä tämän tutkimuksen ymmärrystä ja tunteita käsittelevässä kohdassa todetaan, juuri tämä asiakkaan toive unilääkkeen toimittamisesta apteekista etuajassa herätti joissakin farmaseuteissa ärtymystä tai turhautumista. Tämän lisäksi farmaseutit saattoivat tuntea edellä mainittuja tunteita myös sen vuoksi, että asiakas oli unilääkeriippuvainen. Kaikki tunteistaan unilääkeriippuvaisia kohtaan kertoneista farmaseuteista eivät kokeneet pelkästään kielteisiä tunteita, vaan vastaajien joukossa oli myös niitä, jotka osoittivat myötätuntoa unilääkeriippuvaisia kohtaan. Sen lisäksi, että farmaseutit saivat kuulla unilääkkeiden käyttöön liittyviä selityksiä, oli apteekeissa myös havaittu, että unilääkeriippuvaisen teot ja sanomiset saattoivat olla keskenään ristiriidassa. Esimerkkejä edellisiin toteamuksiin liittyen:

*Monilla riippuvuus, JATKUVA KÄYTTÖ ja reseptejä esim, vuodeksi eteen päin. Tilanne apteekin kannalta hankala: resepteistä puuttuu sic, vaikka annos ylittyy. Asiakkaat hakevat usein etuajassa, eikä toimitusväliin voi puuttua kovin tarkkaan, koska on peruskorvattava lääke ja asiakkailla aina perusteluja miksi pitää saada aikaisemmin. (farmaseutti 21)*

*Moni on käyttänyt lääkkeitä vuosia ja ovat niistä riippuvaisia. Useammat eivät ole kokeilleet mitään muita konsteja kuin lääkkeitä. Välillä ärsyttää kun asiakkaan hakevat lääkkeitä liian aikaisin kun nostavat itse lääkkeiden annoksia. Sitten kun emme anna lääkkeitä, niin saa kyllä kuulla haukut. Monia ei edes kiinnosta kuulla muista unettomuuteen auttavista hoidoista. (farmaseutti 148)*

Miten riippuvuus ja sen kehittymisen mahdollisuus vaikuttivat apteekeissa annettavaan neuvontaan? Kyselyyn saatujen vastausten perusteella voidaan todeta, että apteekeissa kerrottiin tai varoiteltiin unilääkeriippuvuudesta, mutta myös rauhoiteltiin unilääkeriippuvuutta pelkääviä asiakkaita. Osa unilääkeriippuvuuden maininneista farmaseuteista korosti lääkäreiden ja osa myös apteekin vastuuta unilääkeriippuvuuden synnyssä, ehkäisyssä sekä sen hoidossa. Tämä vastuun kantaminen ei ollut aina helppoa, sillä vastausten perustella voidaan todeta, että unilääkkeistä riippuvaiset käyttäjät eivät olleet aina halukkaita kuulemaan unettomuuden hoidon muista vaihtoehtoista tai yleensäkin halukkaita lopettamaan unilääkkeiden käyttöä. Farmaseutit myös kokivat, että heidän saattoi olla hankala puuttua unilääkeriippuvaisen lääkitykseen. Tutkimuksessa oli mukana myös farmaseutteja, joiden mielestä riippuvuuteen puuttuminen ei ollut farmaseutin tehtävä. Edellisiin toteamuksiin liittyviä esimerkkejä:

*...Osa käyttäjistä taas ei uskalla olla ilman unilääkkeitä, vaikka niiden teho olisi jo heikentynyt, ja pienikin lääkkeen vähentäminen tuntuu vaikealta. Heidän unilääkkeiden käyttöön on myös vaikea puuttua. (farmaseutti 45)*

*...toisaalta näkee myös niitä jotka ovat koudessa unilääkkeisiin ja eivät ole ehkä valmiita lähtemään hakemaan apua syvemmältä. Olisi tosi mielenkiintoista keskustella asioista mutta se ei oikeastaan sitten kuulu siinä kohtaa minulle. (farmaseutti 83)*

Oltiin myös sitä mieltä, että työikäisten unilääkkeiden käytössä ei yleensä ollut tässä luvussa esitettyjä ongelmia. Lisäksi osa farmaseuteista mainitsi, että unilääkkeistä tuli päästä eroon. Siinä olikin onnistuttu ainakin jossakin päin Suomea, kuten eräs farmaseutti kirjoitti vastauksessaan: *“Asuinpaikkakunnallani oli mekoisen ville unilääke/rauhottavien määräämistilanne muutama vuosi sitte. 2 lääkäriä määräili suruttumasti vuoden reseptejä. Kun he lähtivät paikkakunnalta, uudet nuoret lääkärit ovat hyvin tarkkoja pkv-lääkkeiden suhteen. Hyvin on tilanne nyt saatu*

*sujumaan, ihmiset ovat siirtyneet paljolti melatoniiniin ja oppineet pois vuosien lääkekoukusta...” (farmaseutti 81).*

Unilääkeriippuvuuden lisäksi farmaseutit ottivat esille unilääkkeiden väärinkäytön. Sen mainitsi yhteensä 21 tiedonantajaa, joista kaksi käytti termiä *“viihdekäyttö”*. Osa kyselyyn vastanneista vain totesi havainneensa ilmiön. Sen lisäksi farmaseutit kirjoittivat vastauksissaan muun muassa, että unilääkkeiden väärinkäytön mahdollisuus tuli huomioitua unilääkettä asiakkaalle toimittaessa ja että tämä olemassa oleva mahdollisuus saattoi hankaloittaa asiakaspalvelua. Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi vastauksessaan, että *”...Jos taas on selvästi havaittavissa, että unilääkettä käytetään jatkuvasti ja käyttöannokset ovat kasvamaan päin, mietin lähinnä, onko unilääkkeen käyttö enää hänellä ”hanskassa”, ja onko kyse jo väärinkäytöstä...Keskustelu varsinkin unilääkkeitä reilusti käyttävien kanssa tyssää usein siihen, että he kokevat ystävälliseksi tarkoitettun tiedustelun helposti väärinkäytön epäilyksi.”* (farmaseutti 10). Kyselyyn saatujen vastausten perusteella voidaan myös todeta, että termit väärinkäyttö ja väärinkäyttäjät saattoivat tarkoittaa eri farmaseuteille eri asioita tai väärinkäytön kynnys oli erilainen eri farmaseuteilla, kuten edellisestä ja seuraavista lainauksista voidaan päätellä:

*...Joka päivä unilääkkeitä käyttävät tulee helposti miellettyä väärinkäyttäjiksi... (farmaseutti 56)*

*...Jos kulutus on suurta, rupean epäilemään, että onkohan väärinkäyttäjää. (farmaseutti 220)*

*...Jostakin kumman syystä lähes jokaista unilääkkeen käyttäjää pitää potentiaalisena väärinkäyttäjänä... (farmaseutti 130)*

## **Päätelmä tuloksista**

Farmaseuttien mukaan unilääkeriippuvuus on yleistä, ja heidän mielestään se kehittyy helposti. Unilääkeriippuvuus on farmaseuteissa monenlaisia tunteita herättävä asia, ja se saattaa tehdä asiakaspalvelutilanteesta haastavan. Myös unilääkkeisiin liittyvä väärinkäytön mahdollisuus saatetaan kokea ongelmallisena.

## **7.7 UNILÄÄKENEUVONTA RIIPPUVUUDEN JA TOLERANSSIN NÄKÖKULMASTA**

Miten farmaseutit sitten huomioivat lääkeneuvonnan yhteydessä mahdollisen unilääkeriippuvuuden ja toleranssin kehittymisen? Tätä voidaan tarkastella niiden vastausten perusteella, joita farmaseutit antoivat, kun heille esitettiin

seuravanlainen kysymys: *"UNETON RESEPTIUNILÄÄKEASIAKKAANA - muistele todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa reseptipuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman, jolle lääkäri oli kirjoittanut Zopinox 7,5 mg 1x30 ohjeella: ½ – 1 tablettia tarvittaessa iltaisin lyhytaikaiseen unettomuuden hoitoon. Asiakas ei ollut aiemmin käyttänyt unilääkkeitä. Mitä lääkkeeseen liittyviä ohjeita annoit hänelle?"*.

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 189 farmaseuttia, joista 188 antoi vastauksensa edellä esitettyyn kysymykseen. Unilääkkeeseen liittyvästä tottumisesta kertoi unettomalle asiakkaalleen 33 vastaajaa, unilääkeriippuvuuden otti esille 28 vastaajaa, ja 10 farmaseuttia kertoi unettomalle asiakkaalleen sekä tottumisesta että riippuvuudesta.

### 7.7.1 UNILÄÄKETOLERANSSI

Tiedonantajista siis yhteensä 43 henkilöä, eli lähes neljäsosa, otti esille toleranssin kehittymisen mahdollisuuden unilääkettä ensimmäistä kertaa saavan asiakkaan kohdalla. Niukimmillaan farmaseutti oli maininnut tottumisriskistä suorasti toteamalla esimerkiksi, että *"...Jo 2 vk yhtämittaisella käytöllä voi syntyä tottumusta..."* (farmaseutti 2) tai että *"...ei säännölliseen käyttöön tottumisen vuoksi..."* (farmaseutti 60). Vastaajista kuusi käytti termiä toleranssi määrittelemättä kuitenkaan tätä sanaa. Kaiken kaikkiaan näistä 43 farmaseutista 28 mainitsi tottumisesta selittämättä asiakkaalle sitä, mitä sillä tarkoitettiin tässä kohdin. Kuusi farmaseuttia ei käyttänyt termejä tottumus tai toleranssi, mutta he ottivat asian esille lääkeneuvonnassa selittämällä, mistä tottumuksessa oli kyse. Esimerkiksi he totesivat, että *"...Lääke tehoaa parhaiten, jos sitä ei ota joka ilta."* (farmaseutti 189) tai että *"...Jatkossa lääkkeen käyttö kannattaa rajoittaa 2-3 kertaan viikossa, että sen teho säilyisi..."* (farmaseutti 184).

Sen sijaan yhdeksän farmaseuttia kertoi lääkeneuvonnan yhteydessä tottumisesta, ja mitä sillä tarkoitettiin unilääkkeen käytön yhteydessä. Esimerkiksi eräs farmaseutti ilmoitti toteavansa tyypilliselle asiakkaalleen seuraavaa: *"...Ei ole tarkoitettu jatkuvaan käyttöön, koska elimistö tottuu, jolloin lääke ei enää auta ja annosta joutuu nostamaan ja samalla haitat lisäänty..."* (farmaseutti 40). Toinen farmaseutti totesi sanovansa omalle asiakkaalleen, että *"...Lääke on tarkoitettu vain lyhyt aikaiseen tilapäiseen käyttöön, koska lääkkeeseen tottuu eikä se enää vaikuta. Tämän vuoksi lääkettä ei tulisi ottaa joka ilta."* (farmaseutti 94).

### 7.7.2 UNILÄÄKERIIPPUUUS

Riippuvuudesta asiakkaalleen ilmoitti kertoneensa yhteensä 38 farmaseuttia eli viidesosa kysymykseen vastanneista. Lähes poikkeuksetta nämä farmaseutit olivat maininneet, miten unilääkeriippuvuudelta voisi välttyä. Esimerkiksi he olivat todenneet seuraavasti:

*...Melko usein olen kehottanut asiakasta välttämään annosohjeiden ylitystä riippuvaisuuden ja sietokyvyn kehittymisen estämiseksi. (farmaseutti 8)*

*...Tarkoitettu vain lyhytaikaiseen ja satunnaiseen käyttöön, pitempään ja säännöllisesti käytettynä voi aiheuttaa riippuvuutta. (farmaseutti 65)*

Se mitä lyhytaikaisella ja satunnaisella käytöllä tarkoitettiin tässä kohdin ei ollut yksiselitteistä, sillä se tarkoitti eri farmaseuteille eri pituisia aikoja. Tähän tutkimukseen saatujen vastausten perusteella lyhyt aika ja satunnaisuus voi olla muun muassa muutama viikko, enintään 2 tai 4 viikkoa, 2-3 kertaa viikossa tai muutaman kerran viikossa.

Kolme näistä 38 riippuvuudesta tyypilliselle unilääkeasiakkaalleen maininneesta farmaseutista kertoi asiakkaalleen, mitä käytännössä riippuvuudella tarkoitettiin. He totesivat seuraavaa:

*...elimistö voi tottua lääkkeeseen jos käyttää säännöllisesti ja silloin ei enää saa unta ilman lääkettä... (farmaseutti 61)*

*...Lääke on tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön, koska se aiheuttaa tottumista ja uniongelma voi sen jälkeen pahentua kun uni ei tule enää ilman lääkettä... (farmaseutti 98)*

*...säännöllisessä käytössä siihen kehittyy toleranssi ja ilman lääkettä ei enää pärjää... (farmaseutti 183)*

Vaikka totumisesta ja riippuvuudesta ei kerrottaisikaan unilääkettä ensimmäistä kertaa ostavalle asiakkaalle, antoivat kyselyyn vastanneet farmaseutit kuitenkin tyypillisesti sellaista lääkeneuvontaa, jolla oli mahdollista vähentää unilääkkeisiin liittyvää totumis- ja riippuvuusriskiä. Kysymykseen vastanneista 188 farmaseutista 7 ilmoitti kertoneensa unilääkeasiakkaalleen Zopinoxin maksimivuorokausiannoksen ja 8 oli tarkistanut asiakkaalta, mitä lääkäri oli lääkkeestä kertonut. Niistä 117 tiedonantajasta, jotka eivät tyypillisesti suoranaisesti kertoneet asiakkailleen unilääkkeisiin liittyvästä riippuvuus- ja totumisriskistä, kehotti 69 vastaajaa asiakastaan aloittamaan unilääkityksensä puolikkaalla tabletilla. Samaisista vastaajista unilääkkeen käytön pituuteen ja/tai säännöllisyyteen otti kantaa 70 farmaseuttia käyttämällä muun muassa ilmaisuja *lyhytaikainen käyttö, tilapäinen käyttö, ei jatkuvaan käyttöön, ei pitkäaikaiseen käyttöön, ei säännölliseen käyttöön, ei joka ilta* tai määrittelemällä lääkkeenkäyttöajan päivissä tai viikoissa.

### **7.7.3 ANNOSOHJEEN TARVITTAESSA-SANA**

Kyselyyn vastanneista 188 farmaseutista Zopinox-reseptin ohjeessa olevaa *tarvittaessa-sanaa* oli tarkentanut asiakkaalle 35 farmaseuttia eli noin

viidesosa kyselyyn vastanneista. Yhteensä 12 farmaseuttia liitti *tarvittaessa*-sanaan unilääkkeen käytön säännöttömyyden esimerkiksi toteamalla asiakkaalleen seuraavaa:

*...ota vain tarvittaessa, älä joka ilta (farmaseutti 134)*

*...tarpeeseen mutta ei säännöllisesti viikkoja... (farmaseutti 32)*

Yhteensä seitsemän farmaseuttia oli tarkoittanut *tarvittaessa*-sanalla tai oli tarkentanut tätä sanaa liittämällä sen unettomuuden keston ja/tai laatuun. Farmaseutit käyttivät tässä kohdin muun muassa ilmaisuja ”*unettomuusputki*” ja ”*pahimman yli*” seuraavasti:

*...useamman yön unettomuusputki tällä on hyvä katkaista mutta sitten lääke tauolle (farmaseutti 11)*

*...Ei säännölliseen käyttöön vain pahimman yli. (farmaseutti 35)*

Yhteensä 17 farmaseuttia oli tarkoittanut *tarvittaessa*-sanalla sitä, että unilääkettä ei käytettäisi vain varmuuden vuoksi. Tämä ilmaistiin esimerkiksi siten, että asiakasta oli kehoitettu käyttämään unilääkettä sellaisissa tapauksissa, joissa kokemuksesta tiesi, ettei uni muuten tullut. Tai sitten asiakasta oli kehoitettu käyttämään unilääkettä tapauksessa, jossa nukkumista oli yritetty ilman lääkettä siinä onnistumatta. Farmaseutit totesivat vastauksissaan esimerkiksi seuraavasti:

*...lääke tulee ottaa juuri ennen nukkumaanmenoa, vain tarvitt.jos tietää kokemuksesta unen saannin olevan vaikeaa... (farmaseutti 50)*

*...Vaikutus alkaa nopeasti, kannattaa siis aina kokeilla uneenpääsyä ilman lääkettä ja jos ei puolen - tunnin kuluttua nukahda voi ottaa lääkkeen... (farmaseutti 38)*

## Päätelmä tuloksista

Kun farmaseutit toimittavat unilääkettä asiakkaalle, jolle sitä on määrätty ensimmäistä kertaa, osa farmaseuteista huomio konkreettisesti lääkeneuvonnassaan unilääkkeisiin liittyvän riippuvuus- ja toleranssiriskin.

## 7.8 FARMASEUTIN TOIMINTA ANNOSOHJEEN YLITYYESSÄ

Seuraavalla tehtävällä haluttiin tutkia sitä, miten apteekissa työskentelevä farmaseutti toimii kohdatessaan asiakkaan, joka on käyttänyt unilääkettä enemmän kuin ohje sallii. Farmaseuteille esitettiin seuravanlainen kysymys: *”Muistele sellaista apteekissa omalle kohdalle sattunutta unilääkkeenkäyttäjän kohtaamista, jolloin asiakas tuli hakemaan uusitulla reseptillä (ei iteroitu) lisää nukahtamiseen tarkoitettua unilääkettä, vaikka annosohjeen mukaan kotona olisi pitänyt olla lääkettä jäljellä vielä todella moneksi kerraksi. Tämän työikäisen asiakkaan mukaan lääke oli loppu. Hän myönsi, että tabletteja oli tullut otettua enemmän kuin annosohjeessa lukee. Miten toimit tällaisessa tilanteessa?”*

Tähän kysymykseen saatiin 241 vastausta. Viisi farmaseuttia jätti tämän kohdan täyttämättä ja yksi henkilö kirjoitti, että edellisen kaltaista tapausta ei ollut sattunut hänen kohdalleen pitkään aikaan. Riippumatta siitä, toimittiko farmaseutti unilääkkeen asiakkaalleen vai ei, useat farmaseutit keskustelivat asiakkaansa kanssa muun muassa unilääkkeen oikeasta annoksesta ja annostelusta, niiden tärkeydestä, syistä annosohjeen ylitykseen, unilääkkeen haitoista ja muista vaihtoehtoista.

Kysymykseen saatujen vastausten perusteella farmaseutit voitiin jakaa viiteen luokkaan seuraavasti sen mukaan, miten he toimivat kyseessä olevassa tapauksessa:

- 1) farmaseutit, jotka eivät toimittaneet unilääkettä (83 vastaajaa)
- 2) farmaseutit, jotka toimittivat unilääkkeen (51 vastaajaa)
- 3) farmaseutit, jotka toimittivat unilääkkeen, jos saivat tähän luvan lääkäriltä (35 vastaajaa)
- 4) farmaseutit, joiden toiminta vaihteli riippuen asiakkaasta, tilanteesta ja unilääkkeen pakkauskooosta (19 vastaajaa)
- 5) farmaseutit, jotka pääasiassa kehottivat asiakasta ottamaan yhteyttä lääkäriin, mutta jättivät mainitsematta sen, toimittivatko kyseessä olleessa tilanteessa unilääkkeen (53 vastaajaa)

### 7.8.1 EI TOIMITA UUTTA UNILÄÄKE-ERÄÄ

Näistä 241 edellä esitettyyn kysymykseen vastanneesta tiedonantajasta 83 eli 34 % ilmoitti, ettei toimittanut asiakkaalle unilääkettä kyseessä olevassa tapauksessa. Heistä 69 farmaseuttia kirjoitti kehottaneensa asiakasta ottamaan yhteyttä lääkäriin. Yksi farmaseutti lupautui asiakkaan suostumuksella lähettämään reseptin lääkärille annosohjeen korjaamiseksi. Osa farmaseuteista tarkensi yksityiskohtaisemmin syitä, miksi asiakkaan tuli keskustella lääkärin kanssa unilääkityksestä ja unettomuusongelman hoitamisesta. Muun muassa näiden syiden vuoksi asiakkaan tuli keskustella lääkärin kanssa:

- 1) annosohjeen tarkistaminen, lääkäri korjaa reseptin annosohjeen, uusi resepti uudella ohjeella tai uusi resepti
- 2) muu lääkitys tai hoito unettomuuteen tai entisen hoidon lisäksi
- 3) asiakas käy pyytämässä lääkäriltä luvan unilääkkeen toimittamiseen
- 4) lääke ei tehoa, ei ole asianmukainen tai ei sovi asiakkaalle
- 5) unilääkkeen käytön lopettamiseksi

Neljä farmaseuttia tarjosi vaihtoehtoksi melatoniinia siinä tapauksessa, että lääke oli loppu eikä uutta erää unilääkettä voinut vielä heidän mukaansa toimittaa. Kaiken kaikkiaan tässä tutkimuksessa 10 farmaseuttia otti esille melatoniinin käytön unilääkettä annosohjetta enemmän käyttäneen asiakkaan kanssa.

Näistä 83 farmaseutista, jotka eivät toimittaneet uutta unilääke-erää, 20 ilmoitti käyttävänsä niin sanottua Kela-laskuria tai Kelan sallimaa toimitusvälijoustoja määrittäessään sen, milloin seuraavan erän unilääkettä saattoi asiakkaalle toimittaa. Heistä kaksi vetosi Kelalta saataviin korvauksiin seuraavasti: *”Jos määrä ylittynyt enemmän kuin Kela hyväksyy, en toimita lisää vedoten jo korvauksiin...”* (farmaseutti 48) ja *”Katson koneelta mitä Kelan toimituslaskuri näyttää. Jos lääkettä ei voi toimittaa korvattuna niin vetoan siihen ja kieltäydyn lääkkeen toimituksesta...”* (farmaseutti 225).

Lisäksi näistä Kela-laskuria hyödyntävistä yksi farmaseutti ilmoitti, että unilääkeasiakas voi hyödyntää Kela-laskurin ilmoittamaa joustoa vain kerran. Myös asiakas voi vaikuttaa siihen, käyttääkö farmaseutti Kelan sallimaa joustoa, kuten seuraavasta lainauksesta voidaan päätellä: *”...yleensä vanhukselle tai hyvästä syystä enemmän ottaneelle voin toimittaa kelan jouston rajoissa, mutta narkkarin näköiselle suosittelen ottamaan lääkäriin yhteyttä.”* (farmaseutti 183). Tämä Kelan sallima toimitusvälijousto ei ollut kaikille sitä käyttäneille farmaseuteille aivan täsmällinen ja ehdoton määritettäessä sitä, milloin asiakkaalle voi toimittaa seuraavan erän unilääkettä, kuten seuraavasta lainauksesta voidaan päätellä: *”Meillä toimitaan kelan sääntöjen mukaan eli kelan joustovara otetaan huomioon...Voin joskus joustaa esim.kulkuvaikeuksien vuoksi ehkä 1-2 päivää tästä.”* (farmaseutti 199).

Kela-laskuri/Kela-jousto oli yleisin yksittäinen kyselyyn vastanneiden farmaseuttien käyttämä keino määrittää seuraavan unilääke-erän toimitusajankohta. Sen lisäksi farmaseutit ilmoittivat seuraavia aikarajoja unilääkkeen uudelleen toimittamiselle:

- 1) lääkkeen tulee olla loppu ennen seuraavan erän toimittamista (2 vastaajaa)
- 2) lääkkeen tulee olla lähes loppu ennen seuraavan erän toimittamista (2 vastaajaa)
- 3) joustovara 1-2 päivää (1 vastaaja)
- 4) toimitus, kun unilääkettä on jäljellä enintään 5 päiväksi (1 vastaaja)



- 5) joustovara muutama päivä (1 vastaaja)
- 6) Pharmaca Fennican ohje rajana – ei lääkärin ohje (1 vastaaja)

Edellä todettiin, että eräät farmaseutit, jotka eivät olleet toimittaneet asiakkaalleen uutta unilääke-erää, olivat perustelleet tätä vetoamalla apteekin Kelalta saataviin korvauksiin. Kelaan myös vedottiin toteamalla, että Kelan ohjeita tuli noudattaa. Tässä tutkimuksessa farmaseuttien käyttämiä muita perusteluja olivat seuraavat:

- Apteekin vastuulla on seurata unilääkkeen annosohjeen noudattamista.
- Asiakkaan tulee noudattaa lääkärin antamaa annosohjetta – annostusta ei saa itse muuttaa.
- Asiakkaalle todetaan, että lääkettä on tai pitäisi olla vielä jäljellä tai kerrotaan miten pitkäksi ajaksi lääkkeen tulisi riittää.
- Vedotaan lisäannosten aiheuttamiin haittoihin.

### **7.8.2 TOIMITTAA UNILÄÄKKEEN**

Farmaseuteista 51 eli 21 % kirjoitti toimittavansa unilääkkeen asiakkaalleen kyseessä olevassa tapauksessa. Heistä 32 vastaajaa ilmoitti, että toimittivat unilääkkeen, mutta olivat kehottaneet asiakasta kääntymään lääkärin puoleen asian tiimoilta.

Osa kysymykseen vastanneista farmaseuteista, 13 vastaajaa, mainitsi, että ainoa unilääkkeen toimitusta rajoittava tekijä oli lääkärin määräämä toimitusrajoitus. Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi, että *”...Kun reseptissä ei ole iterointia, toimitamme lääkkeen ilman kyselyitä, jos iteroitu ollaan tarkkoja eikä annettaisi etukäteen...”* (farmaseutti 75) toisen farmaseutin todetessa, että *”...onhan se tuote myytävä, koska reseptissä ei ole toimitusvälirajoitetta.”* (farmaseutti 164). Toisaalta myös se, että unilääke ei ollut Kela-korvattava tai että unilääke oli Kelan osittain korvaama, oli peruste sille, että uusi unilääke-erä voitiin asiakkaalle toimittaa.

Osa kysymykseen vastanneista farmaseuteista, 8 vastaajaa, totesi, että unilääkkeen uudelleen toimittamiseksi riitti se, että lääkäri oli uusinnut reseptin. Esimerkiksi eräs farmaseutti kirjoitti, että *”Lääkärin on täytynyt reseptiä uusiessaan olla tietoinen lääkkeen kulutuksesta, joten toimitan lääkkeen asiakkaalle...”* (farmaseutti 141), toisen farmaseutin todetessa, että *”Toisaalta pitäisi noudattaa kelanlaskuria, mutta sitten mietityttää se, miksi lääkäri on sen jo uusinnut...toimittaisin lääkkeen.”* (farmaseutti 59). Osalle farmaseuteista riitti siis pelkkä lääkärin tekemä uusinta unilääkkeen uudelleen toimittamiseksi. Yksi farmaseutti ilmoitti toimittavansa unilääkkeen kyseisessä tapauksessa vain, jos unilääkkeen uusinta oli tehty lääkärin vastaanotolla.

Neljä farmaseuttia suostui toimittamaan unilääkettä pienen määrän, ja kolme farmaseuttia ilmoitti, että väärinkäyttöepäily esti toimittamisen.

Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi, että *”...jos asiakas selkeästi hakee monilta lääkäreiltä reseptejä ja hakee aivan liian paljon jne on toisinaan mahdollisuus puuttua asiaan myös apteekissa.”* (farmaseutti 79). Neljä farmaseuttia ilmoitti tässä kohdin aikarajoituksen, milloin ei toimita unilääkettä asiakkaalle:

- 1) *”...toimittaisin lääkkeen. Kuitenkin niin että lääkettä ei ole haettu ”viime viikolla” jolloin sitä en toimittaisi.”* (farmaseutti 134)
- 2) *”Nykyisin toimitan lääkkeen siitä huolimatta, ellei jäljellä olevassa lääkemäärässä ole kyse useista kymmenistä päivistä...”* (farmaseutti 190)
- 3) *”...Jos kuluu yli puolet ajasta, toimitan kuitenkin lääkkeen.”* (farmaseutti 243)
- 4) *”...jos kotona pitäisi olla vielä lääkkeitä yli kuukaudeksi, niin en toimita lisää lääkettä.”* (farmaseutti 244)

### **7.8.3 LUPA LÄÄKÄRILTÄ**

Unilääkettä yli annosohjeen käyttäneen asiakkaan kohdalla myös soitettiin lääkärille, jotta häneltä saatiin lupa lääkkeen toimittamiseksi. Näin vastasi toimivansa 35 farmaseuttia eli 15 % tähän kysymykseen vastanneista. Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi, että *”...en toimita lääkettä, ennen kuin asiasta on keskusteltu lääkärin kanssa. Jos lääkäri ei anna lupaa lääkkeen toimittamiseen, ohjaan asiakkaan lääkärin vastaanotolle.”* (farmaseutti 14), toisen todetessa, että *”...Jos tuntuu, että lääke on pakko saada soitan lääkärille ja pyydän lupaa toimittamiseen ja merkitsen tiedon toimitusruutuun...”* (farmaseutti 239). Yhteydenottoa lääkäriin käytettiin myös hankalan asiakaspalvelutilanteen ratkaisukeinona.

### **7.8.4 TILANNE JA MUUT TEKIJÄT**

Myös unilääkettä hakeva asiakas, saatavilla oleva unilääkkeen pakkauskoko, muut asiakkaan käytössä olevat lääkkeet, itse toimitustilanne sekä se, haettiinko unilääkettä ”liian aikaisin” ensimmäistä kertaa vai toistamiseen, vaikuttivat siihen, toimittiko farmaseutti unilääkkeen asiakkaalleen vai ei. Nämä tekijät vaikuttivat 19 farmaseutin (8 %) tapaan toimia kyseessä olevassa tilanteessa. Esimerkiksi farmaseutit totesivat seuraavasti:

*Jos tää on eka kerta niin toimitan lääkkeen... (farmaseutti 66)*

*...saatan toimittaa pienimmän pakkauksen tilanteen mukaan... (farmaseutti 76)*

*Yleensä käytän Kelan laskuria, eli toimitan jos alle 2 viikon lääkkeet kotona. Jos on enemmän kotona riippuu asiakkaasta. Olen tiukempi jos käytössä myös muita rauhoittavia tai esim sirdalud (farmaseutti 104)*

*...Toimitan lääkkeen jos asiakas sitä välttämättä vaatii mutta jos saan puhuttua asiakkaan kanssa asiasta niin ettei hän lähde tekemään tilannetta hankalaksi, jätän toimittamatta... (farmaseutti 145)*

### **7.8.5 KEHOTUS OTTAA YHTEYTTÄ LÄÄKÄRIIN**

Kyselyyn vastanneista farmaseuteista 53 eli 22 % ei ilmoittanut sitä, toimittivatko he unilääkettä annosohjetta enemmän käyttäneelle asiakkaalleen uuden erän lääkettä vai eivät. Yleisin mainita tässä kohdin oli, että farmaseutti oli pyytänyt asiakastaan ottamaan yhteyttä lääkäriin. Yhteensä 41 tiedonantajaa oli toiminut tällä tavoin. Osa näistä 41 farmaseutista ja loput 12 farmaseuttia olivat muun muassa tarkentaneet unilääkityksen ohjeistusta, kertoneet haittavaikutuksista, keskustelleet asiakkaan kanssa syistä lääkkeen ennen aikaiseen loppumiseen ja/tai varmistaneet sen, että lääkäri oli tietoinen asiakkaan tilanteesta.

### **7.8.6 APTEEEKKIKOHTAISET KÄYTÄNNÖT JA NIIDEN NOUDATTAMINEN**

Farmaseuteilta tiedusteltiin monivalintavaihtoehtojen avulla sitä, toimivatko he kyseisessä tilanteessa itsenäisesti oman harkintansa mukaan vai noudattivatko he apteekissa yhteisesti sovittua käytäntöä tai apteekin toimintaohjetta. Tähän kysymykseen saatiin 246 vastausta. Yksi kyselyyn vastannut farmaseutti ei vastannut tähän kysymykseen.

Apteekin toimintaohjetta tai apteekissa yhteisesti sovittua käytäntöä oli noudattanut 158 farmaseuttia eli 64 % tutkimukseen osallistuneista. Näistä vastaajista 10 farmaseuttia ei täysin hyväksynyt apteekissa käytössä olevaa käytäntöä tai toimintaohjetta. Kysymykseen vastanneista 67 farmaseuttia eli 27 % ilmoitti, ettei heidän apteekissaan ollut yhteisesti sovittua käytäntöä tai toimintaohjetta siitä, miten tällaisessa tilanteessa tuli toimia. Itsenäisesti, oman harkintansa mukaan oli toiminut 14 vastaajaa eli 6 % tutkimukseen osallistuneista, vaikka apteekissa oli olemassa yhteisesti sovittu käytäntö tai toimintaohje.

Yhteensä seitsemän tiedonantajaa antoi oman yksilöllisen vastauksensa. Seuraavassa on poimintoja näiden henkilöiden vastauksista:

*toimin itsenäisesti, enkä ole aivan varma millainen sääntö tähän asiaan on... (farmaseutti 27)*

*Toimin oman harkintani mukaan, mutta samoin kuin kollegani olisivat toimineet... (farmaseutti 99)*

*Farmaseuttien kesken olemme sopineet tiukasta linjasta...Apteekkari tekee kuitenkin miten itse tahtoo... (farmaseutti 119)*

*minulla on joku oma rutiini koottuna eri taloista vuosien varrella ja rutiini on tiukka... (farmaseutti 201)*

*On annettu vapaat kädet harkita itse tapauskohtaisesti, toki kuitenkin Kela-sääntöjen puitteissa. (farmaseutti 243)*

### **Päätelmä tuloksista**

Farmaseuteilla on erilaisia käytäntöjä unilääkettä annosohjetta enemmän käyttäneen asiakkaan seuraavan unilääke-erän toimittamisessa.

Osasta suomalaisia apteekkeja puuttui vuonna 2013 ohjeistus unilääkkeen uudelleentoimittamiseksi asiakkaalle, joka liiakäytti unilääkettään.

## **7.9 UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN HYVÄKSYTTÄVYYS FARMASEUTIN NÄKÖKULMASTA**

Tiedusteltaessa ajatuksia työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä osa farmaseuteista otti kantaa unilääkkeiden hyväksyttävyyteen ja siihen, minkälainen unilääkkeiden käyttäminen oli hyväksyttävää. Kaiken kaikkiaan 139 vastaajaa ilmaisi mielipiteensä. Osa vastaajista vain totesi hyväksyvänsä unilääkkeet unettomuuden hoidossa esimerkiksi seuraavasti:

*En koe ongelmaa lääkkeiden käytössä. (farmaseutti 178)*

*...en ole unilääkevastainen. (farmaseutti 50)*

### **7.9.1 LYHYTAIKAINEN, SATUNNAINEN TAI SÄÄNNÖLLINEN UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ**

Osa farmaseuteista ilmaisi tarkemmin minkälaisissa tapauksissa ja minkälainen unilääkkeiden käyttö oli heidän mielestään hyväksyttävää. Tämän tutkimuksen mukaan farmaseuttien käsitys unilääkkeiden käytön

keston hyväksyttävyydestä vaihteli lyhytaikaisesta unilääkkeiden käytöstä säännölliseen käyttöön. Vastausten perusteella unilääkkeiden käytön hyväksyttävyys voitiin jakaa lääkkeen käytön keston mukaan kolmeen luokkaan. Ne olivat tilapäinen/lyhytaikainen, satunnainen ja säännöllinen unilääkkeen käyttö. Kyselyyn vastanneet farmaseutit totesivat unilääkkeiden käytön hyväksyttävyydestä muun muassa seuraavaa:

*Unilääkkeet vain lyhytaikaiseen käyttöön! (farmaseutti 17)*

*Työikäisissä unilääkkeenkäyttäjissä suurin osa onneksi käyttää vain silloin tällöin ja lyhyitä aikoja, joka minusta on ok... (farmaseutti 170)*

*...On kuitenkin tapauksia, kun unilääkettä käytetään oikein (harvaakseltaan, vain silloin kun on oikeasti tarvetta)... (farmaseutti 197)*

*...Toisaalta enemmistö potilaista pärjää normaaliannoksella säännöllisestikin otettuna eli nukkuvat esim. 7.5 mg imovanea hyvin ja jaksavat käydä töissä. En näe tässä mitään ongelmaa... (farmaseutti 98)*

Tarkemmin vastauksia analysoitaessa voitiin todeta, että lyhytaikainen unilääkkeiden käyttö saattoi tarkoittaa esimerkiksi enintään kahta viikkoa, unirytmien palauttamisaikaa tai ”pahimpaa aikaa”, kuten farmaseutit asian vastauksissaan ilmaisivat. Satunnaisella käytöllä ne farmaseutit, jotka asiaa tarkensivat, tarkoittivat tässä tutkimuksessa enintään kaksi kertaa viikossa tai muutaman kerran kuukaudessa tapahtuvaa unilääkkeiden käyttöä.

### **7.9.2 HYVÄKSYTYT TILANTEET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄMISELLE**

Jos unilääkkeiden käyttö farmaseuttien mielestä oli sallittua lyhytaikaisesti, satunnaisesti tai säännöllisesti, niin minkälaisissa tilanteissa unilääkkeiden käyttö oli sitten hyväksyttyä? Kriittisimmin suhtautuvat farmaseutit olivat sitä mieltä, että vain vuorotyötä tekevien unilääkkeiden käyttö oli hyväksyttävää. Kaiken kaikkiaan 13 farmaseuttia mainitsi ymmärtävänsä unilääkkeiden käytön erityisesti vuorotyötä tekevien keskuudessa. Lisäksi osa farmaseuteista totesi, että unilääkettä voi käyttää, kun unettomuuteen oli olemassa selvä syy esimerkiksi läheisen kuolema, jokin ongelmatilanne tai kun elämän/unirythmi oli sekaisin. Myös työssä jaksaminen ja selviytyminen riittivät osalle farmaseuteista syyksi käyttää unilääkettä. Osa kyselyyn vastanneista totesi, että unilääke oli tarpeellinen ainakin osalle unettomista, sillä se toi helpotusta unettomuuteen ja auttoi arjessa jaksamisessa. Esimerkkejä farmaseuttien antamista vastauksista:

*...Ainut kohderyhmä, missä hyväksyn unilääkkeet, ovat vuorotyötä tekevät ihmiset... (farmaseutti 236)*

*hyvä asia on että unilääkkeitä on saatavilla silloin kun niihin on selvä syy. esim. läheisen kuolema. mutta pitkäaikaiseen käyttöön ne saattavat helposti viedä! (farmaseutti 40)*

### **7.9.3 UNETTOMUUDEN JA UNILÄÄKKEIDEN HAITAT**

Mielipiteensä unilääkkeiden käytöstä antaneiden farmaseuttien keskuudessa oltiin myös sitä mieltä, että uni ja unirytmien löytäminen olivat tärkeitä ihmisen hyvinvoinnille, jaksamiselle, palautumiselle ja terveydelle. Unettomuuden ja pitkäaikaisen valvomisen todettiin olevan vaarallista. Ne vaikuttivat keskittymiseen, stressinsietokykyyn ja psyykeen. Unettomuuden todettiin olevan fyysisestikin raskasta. Lisäksi osa kirjoitti vastauksessaan, että seuraava päivä ja yleensäkin elämä ja työ olivat helpompia, jos sai nukuttua. Esimerkiksi farmaseutit mainitsivat seuraavasti:

*Unilääkkeiden lyhytaikainen käyttö työikäisillä on ihan ok,... Työikäisillä ei ole varaa olla seuraavana päivänä väsyneitä,... (farmaseutti 111)*

*... unettomuus...vaikuttaa ihmisen psyykkeeseen ja vaikeuttaa monin tavoin elämää ja normaalia arkea. Jos työssä käyvä saa unilääkkeiden avulla nukuttua riittävästi, se on iso apu arjessa... (farmaseutti 134)*

*...osalle unilääke on välttämätön, jotta jaksaa työssään... (farmaseutti 143)*

Farmaseuttien ottaessa kantaa unilääkkeiden käytön hyväksyttävyyteen osa heistä mainitsi samalla myös unilääkkeisiin liittyviä haittoja. Yleisimmin todettiin unilääkkeisiin liittyvä riippuvuusriski (yhteensä 14 vastaajaa) ja riski säännölliseen tai pitkäaikaiseen unilääkkeiden käyttöön sekä riski väärin- ja liikkakäyttöön. Osa mainitsi yksityiskohtaisemmin, mitä unilääkkeiden käytöstä voi seurata. Oltiin muun muassa sitä mieltä, että unilääkkeen käyttäminen saattoi olla syy siihen, että uneton jätti muut unettomuuden hoitokeinot kokeilematta ja käyttämättä. Lisäksi oltiin sitä mieltä, että pitkäaikainen unilääkkeiden käyttö häiritsi luonnollisen unen saantia ja että unilääkkeen antama uni oli huonolaatuisempaa kuin lääkkeetön uni. Vastauksissa mainittiin myös, että unilääkkeitä käytettäessä voi seuraavana päivänä olla tokkuraisuutta ja heikompaan tarkkaavaisuutta sekä siten heikentynyttä työkykyä. Eräissä vastauksissa todettiinkin seuraavasti:

*...Monikaan ei miellä sitä, että unen laatu kärsii lääkityksestä ja sitä kautta työkyky.... (farmaseutti 102)*

*...mikä onkaan unilääkkeitä käyttävän työikäisen työkyky, kun unilääkkeiden vaikutusaika on usein pitkä ja seuraavana päivänä voi esiintyä tokkuraisuutta ja tarkkaavaisuuden kanssa voi olla ongelmia... (farmaseutti 14)*

#### **7.9.4 KRIITTINEN SUHTAUTUMINEN UNILÄÄKKEISIIN JA UNETTOMUUDEN HOITOVAIHTOEHDOT**

Farmaseuttien vähättelevää suhtautumista unettomuuteen ja sitä myötä myös unilääkkeisiin osoitti esimerkiksi se, että osa heistä kyseenalaisti epäsuorasti unilääkkeiden tarpeellisuuden toteamalla muun muassa seuraavaa:

*...Mielestäni ihminen nukkuu jossain vaiheessa, kun on tarpeeksi väsynyt ja ongelma yleensä korjaantuu. (farmaseutti 122)*

*Ei unettomuus ole haitaksi jos ei tee siitä niin suurta. Vaikka itse voin herätä öisin ja tuntuu etten saa unta uudestaan pyrin olemaan rauhallinen, mietin rauhoittavia asioita ja yleensä nukahdan uudestaan Jos joku yö on ollut huono nukun yleensä seuraava yö paljon paremmin... (farmaseutti 31)*

Yhteensä 37 tiedonantajaa totesi, että heidän mielestään unilääkkeitä käytettiin liian paljon, liian kauan ja/tai että niitä määrättiin ja/tai käytettiin liian helposti. Erityisesti kritisoitiin sitä, että unilääke oli liian helppo vaihtoehto – unettomat halusivat helpon ratkaisun ongelmaansa ilman esimerkiksi elämäntapamuutoksia. Osa farmaseuteista suosittelikin elämäntapamuutoksia unettomuuden helpottamiseksi. Ehdotettiin jopa unettomuuden taustalla tai syynä olevan työn jättämistä. Osa vastaajista mainitsi, että juuri lääkkeettömät keinot olivat ensisijaisia. Esimerkiksi eräs farmaseutti totesi seuraavasti:

*Pitäisi kokeilla kaikki muut keinot unettomuuden helpottamiseksi ennen kuin siirrytään lääkkeisiin... (farmaseutti 145)*

Osa farmaseuteista totesi unettomuuden syyn selvittämisen ja sen poistamisen olevan tärkeää unettomuuden hoidossa. Osa heistä korosti juuri syyn selvittämistä ja sen ratkaisemista unettomuuden hoidoksi, mutta osa oli sitä mieltä, että myös itse oiretta, unettomuutta, oli sallittua hoitaa muun muassa lääkkeillä. Osa vastaajista totesikin, että unilääkkeet olivat oirelääkkeitä, joilla unettomuusongelmaa ei ratkaistu ja että unettomuuteen oli olemassa parempia keinoja kuin lääkkeet. Esimerkiksi mainittiin lääkkeiden vaihtaminen terapiaan ja juttuseuraan. Lisäksi vastauksissa todettiin, että unilääke ei saanut olla unettomuuden ainut hoitomuoto ja että

unettomuuden hoitoon käytettävänä lääkkeinä tuli suosia muun muassa melatoniinia ja mirtatsapiinia. Tosin yksi farmaseutti oli sitä mieltä, että myös masennuslääkkeiden käyttö unettomuuden hoidossa oli kyseenalaista toteamalla seuraavasti:

*Uniongelmaan pitää puuttua muutoin kuin säännöllisellä unilääkkeiden käytöllä tai turhilla masennuslääkityksillä. (farmaseutti 21)*

Tähän tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista ei kuitenkaan yksikään maininnut vastauksessaan, ettei unilääkkeitä saisi käyttää missään tapauksessa. Osassa vastauksissa kyllä ilmaistiin kriittinen suhtautuminen unilääkkeiden käyttämistä kohtaan, mutta oltiin kuitenkin sitä mieltä, että lääkkeilläkin oli oma paikkansa unettomuuden hoidossa. Tiivistäen voidaan todeta kriittisempien farmaseuttien ajattelevan, kuten eräs farmaseutti kirjoitti vastauksessaan:

*Liikaa turvaudutaan nukahtamislääkkeisiin, ei etsitä unettomuuden syitä tai olla muutoin valmiita muuttamaan elämäntyyliä tilanteen muuttamiseksi. (farmaseutti 222)*

### **Päätelmä tuloksista**

Farmaseuttien välillä on eroja suhtautumisessa unilääkkeiden käyttämiseen. Heillä on erilaisia näkemyksiä siitä, minkälaisissa tilanteissa ja minkälainen unilääkkeiden käyttäminen on hyväksyttävää. Eroja on myös näkemyksissä unilääkkeiden käytön hyödyllisyydestä.

## **7.10 YMMÄRRYS JA TUNTEET UNETTOMIA JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJIÄ KOHTAAN**

### **7.10.1 YMMÄRRYS**

Unilääkkeiden käytön hyväksyttävyyden lisäksi osa farmaseuteista kirjoitti ymmärtävänsä sen, mistä unettomuudessa ja/tai unilääkkeiden käytössä oli kyse. Esimerkiksi he totesivat seuraavasti:



*...Ystäväni on kärsinyt unettomuudesta ja hänen kokemustensa perusteella olen oppinut ymmärtämään unettomuudesta kärsivän ihmisen elämää... (farmaseutti 15)*

*Ymmärrän siinä mielessä unilääkkeiden hakijoita, että olen itse jossain vaiheessa elämääni kärsinyt unettomuudesta, ja tiedän miten paljon unettomuus vaikuttaa keskittymiskykyyn, stressiherkkyyteen jne. (farmaseutti 75)*

Ne, jotka ilmaisivat ymmärtävänsä unettomuutta ja/tai unilääkkeiden käyttäjiä, vetosivat oman ja lähipiirin kokemusten lisäksi unettomuuden syihin, seurauksiin ja yleensäkin unen tärkeyteen. Oltiin myös ihmeissään siitä syystä, että niin monet työikäiset käyttivät unilääkkeitä. Ihmetystä aiheutti myös unilääkkeitä käyttävien jaksaminen. Sen lisäksi, että farmaseuteilta löytyi ymmärrystä unettomuudelle ja sen lääkitykselle, oli myös niitä, joilla ymmärrystä ei riittänyt. Esimerkiksi eräät farmaseutit totesivat, että

*...Mikä ajaa ihmisen tilanteeseen, jossa omaa kehoon pitää tunkea kaikkea paskaa. (farmaseutti 236)*

*Itse en ole koskaan käyttänyt unilääkkeitä. Onkohan elämän stressaavuus muuttunut niin, että lääkkeillä pitää heti hoitaa, kun joskus ei saa unenpäästä kiinni... (farmaseutti 187)*

### **7.10.2 TUNTEET**

Farmaseutit eivät ilmaisseet pelkästään ymmärrystään tai sen puutetta, vaan osa heistä käytti vastauksissaan tunteista kertovia ilmaisuja. Näin teki ainakin 62 farmaseuttia 234:stä kirjoittaessaan ajatuksistaan työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä.

Unettomat ja unilääkkeiden käyttäjät herättivät tiedonantajissa sekä myönteisiä että kielteisiä tunteita. Farmaseutit tunsivat heitä kohtaan myötätuntoa, sääliä, auttamishalua sekä olivat heistä huolestuneita. Mutta joissakin farmaseuteissa he herättivät eri syistä johtuen ärtymystä, vähättelyä, epäluuloa sekä jopa halveksuntaa.

#### **7.10.2.1 Myönteiset tunteet**

Myötätuntoa unilääkkeitä käyttävät unettomat saivat farmaseuteilta lähinnä samoista syistä kuin ymmärrystäkin. Myötätuntoa tunnettiin oman kokemuksen, unen tärkeyden sekä unettomuuden syiden ja seurausten vuoksi. Lisäksi myötätuntoa unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan tunnettiin myös sen vuoksi, että unilääkkeiden käyttäminen saattoi leimata käyttäjänsä. Edellisiin

toteamuksiin liittyen farmaseutit totesivat vastauksissaan muun muassa seuraavasti:

*kovasti herättävät sympatiaa ja samaistumisen tunnetta, kun itse kärsin samasta vaivasta. (farmaseutti 237)*

*...En halua moralisoida tai syyllistää ihmisiä, koskaan ei voi tietää millaisessa elämäntilanteessa ja millaisissa painessa ja ristiriita tilanteissa ihminen elää... (farmaseutti 43)*

*...Joillakin käyttö on ihan aiheellista ja turhaa syyllistämistä on havaittavissa eri instansseissa. Välillä tuntuu että unilääkkeen käyttäjä turhaan leimautuu, vaikka kyse on lääkkeestä muiden joukossa. (farmaseutti 107)*

Suoranaista sääliä farmaseutit ilmaisivat tuntevansa unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan sellaisissa tapauksissa, kun unilääkkeitä käytettiin paljon ja/tai säännöllisesti. Lisäksi sääliä voitiin tuntea myös niitä kohtaan, jotka olivat tulleet riippuvaisiksi unilääkkeistä.

Myötätunnon ja säälin lisäksi oltiin huolestuneita unettomien jaksamisesta, keskittymiskyvystä ja unilääkkeiden käytön riskeistä. Farmaseutit totesivat vastauksissaan muun muassa seuraavasti:

*...Olen huolissani, miten ihmiset jaksavat kun täytyy käydä töissä, usein on huolehdittavana lapset ja...on pelko , että lääkitys jää päälle ja siitä tulee riippuvaiseksi. (farmaseutti 108)*

*Unilääkkeiden käyttö työikäisillä tuntuu huolestuttavalta, koska unettomuus liittyy kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen. ...Huolestuttavaa on myös huomata unilääkkeisiin liittyvän toleranssin kehittyminen... (farmaseutti 118)*

Edellä mainittujen tunteiden lisäksi kyselyyn vastanneet farmaseutit tunsivat auttamishalua. Haluttiin auttaa unettomia pääsemään eroon unilääkkeistä, ja haluttiin auttaa unetonta löytämään jokin muu ratkaisu. Mutta oltiin myös sitä mieltä, että aina auttaminen ei ollut helppoa tai edes farmaseutin tehtävä, kuten seuraavista lainauksista voidaan päätellä:

*...Taiteilua oman auttamisenhalun ja -taidon sekä kiireen tekemän liukuhihnatyön välillä. (farmaseutti 15)*

*...toisaalta näkee myös niitä jotka ovat koukussa unilääkkeisiin ja eivät ole ehkä valmiita lähtemään hakemaan apua syvemmältä. Olisi tosi mielenkiintoista keskustella asioista mutta se ei oikeastaan sitten kuulu siinä kohtaa minulle. (farmaseutti 83)*

*Paljon/säännöllisesti käyttävät säälittävät minua ja haluaisin auttaa heitä löytämään muun ratkaisun, mutta useinkaan en rohkene ottaa asiaa puheeksi tai se tyrehtyy asiakkaan puolustuspuheeseen... (farmaseutti 127)*

#### 7.10.2.2 Kielteiset tunteet

Unilääkkeiden käyttäjät herättivät joissakin farmaseuteissa myös vähemmän myönteisiä tunteita. Ärtymystä ja turhautumista farmaseutit saattoivat kokea muun muassa silloin, kun asiakkaan unilääkkeiden kulutus oli suurta ja kun lääkkeitä haettiin apteekista tiheään tai silloin, kun asiakas ei ollut yhteistyöhaluinen. Myös unilääkkeen käyttäjän kuuluminen alimpaan sosiaaliluokkaan vaikutti siihen, mitä tunteita unilääkkeen käyttäjä farmaseutissa saattoi herättää. Lisäksi yksi farmaseutti käytti jopa sanaa halveksunta, kun kyse oli säännöllisesti unilääkkeitä käyttävistä asiakkaista. Farmaseutit totesivat vastauksissaan muun muassa seuraavasti:

*Usein turhauttaa se, että niin monet tuntuvat olevan riippuvaisia Imovanesta tai vastaavista ja lähes aina niitä ollaan hakemassa hieman etuajassa... (farmaseutti 224)*

*...on monia tuttuja asiakkaita, joilla lääkkeitä kuluu liian paljon ja he herättävät välillä hieman ärtymystä... (farmaseutti 15)*

*...Lisäksi en tykkää siitä, että jotkut käyttäjät vaativat apteekkihenkilökuntaa joustamaan reseptimerkinnöistä (iteroinnista), jotta saavat lääkkeensä aikaisemmin... (farmaseutti 30)*

*...Erikseen tämä työikäinen työtä vieroksuva porukka, joille menee rauhoittavia ja unilääkkeitä sossun piikkiin – tämä porukka vain ärsyttää. (farmaseutti 162)*

Ärtymyksen ja turhautumisen lisäksi unilääkkeiden käyttäjät herättivät joissakin farmaseuteissa sellaisia tunteita kuin vähättely ja epäluulo. Vähättelyä saattoi aiheuttaa itse unettomuus ja unilääkkeiden käytön tarpeellisuus. Epäluuloa taas aiheutti etenkin unilääkkeiden käytön

tarpeellisuus sekä epäily unilääkkeiden väärinkäytöstä. Farmaseutit totesivat vastauksissaan esimerkiksi seuraavasti:

*Ei unettomuus ole haitaksi jos ei tee siitä niin suurta... (farmaseutti 31)*

*Heitä on kahta tyyppiä...sitten ne, jotka käyttävät koko ajan, kun muu ei muka auta. (farmaseutti 24)*

*Monesti tulee mieleen, että onko lääkitys todella aina tarpeen... (farmaseutti 223)*

*...Unilääkkeitä toimittaessani työikäiselle, mietin aina asiakkaan ulkoista olemusta arvioiden, että tuleehan nämä lääkkeet ihan oikeaan tarkoitukseen. (farmaseutti 208)*

### Päätelmä tuloksista

Farmaseuttien keskuudesta löytyy sekä ymmärrystä että ymmärtämättömyyttä unettomuudelle ja unilääkkeiden käytölle. Unilääkkeiden käyttäjät herättävät farmaseuteissa eri syistä johtuen niin myönteisiä kuin kielteisiäkin tunteita.

## 7.11 FARMASEUTTIIEN NÄKEMYKSIÄ LÄÄKÄREIDEN TOIMINNASTA

*Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyyn vastanneet farmaseutit ottivat kantaa lääkäreiden käytäntöihin ja toimintaan unettomuuden hoidon yhteydessä. Näin teki yhteensä 64 tiedonantajaa 234:stä. Lääkäreiden käytäntöjä ja toimintaa lähinnä arvosteltiin muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Lääkäreitä arvosteltiin yksittäisistä syistä eniten sen vuoksi, että he yleensäkin määräsivät unilääkkeitä liian helposti. Tätä mieltä oli yhteensä 19 vastaajaa. Yhtä moni farmaseutti totesi vastauksessaan, että lääkärit eivät aina paneutuneet riittävästi nimenomaan unettomuuden syiden selvittämiseen ja niiden hoitamiseen. Tämä johtui farmaseuttien mielestä muun muassa siitä, ettei vastaanotolla ollut aikaa sellaiseen, lääkäri ei välittänyt, lääkärillä ei ollut halua tai riittävästi osaamista.

Unettomuuden syiden selvittämisen lisäksi vastauksissa korostui kriittinen suhtautuminen unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön. Oltiin sitä mieltä, että usein unilääkitystä jatkettiin tarpeettoman pitkään muun muassa sen vuoksi, että *”...lääkärien resurssit eivät riitä seuraamaan lääkityksen tarpeellisuutta.”* (farmaseutti 28). Yhdessä vastauksessa jopa väitettiin, että unilääkkeiden säännöllisessä käytössä oli kyse hoitovirheestä. Oltiinkin sitä

mieltä, että unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön tulisi puuttua. Pitkäaikaiskäytön lopettamiseksi vastauksissa ehdotettiin, että tulisi löytää jokin muu lääkitys ja/tai hoito tilanteen korjaamiseksi. Mainittiin muuan muassa terapian ja vertaistukiryhmän hyödyntäminen.

Unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyen lääkäreitä arvosteltiin unilääkereseptien uusimisista. Kritisoitiin muun muassa sitä, että unilääkeresepitejä yleensäkin uusittiin ilman syvällisempää analysointia lääkkeen tarpeesta ja että resepti uusittiin ilman että uneton potilas tapasi lääkäriä tai että unilääkeresepite uusittiin toistamiseen, vaikka uneton potilas laiminlöi muuta lääkitystään. Lisäksi tätä ammattikuntaa kritisoitiin myös sen vuoksi, että he tarjosivat unettomuuden ainoaksi avuksi unilääkettä, määräsivät unettomille potilailleen suuria määriä unilääkkeitä tai että unilääkkeiden käytön ohjeistus jäi puutteelliseksi etenkin unilääkkeiden riippuvuutta aiheuttavan vaikutuksen osalta. Edellä esitettyihin toteamuksiin liittyen seuraavassa luettelossa on muutamien farmaseuttien mielipiteitä lääkäreiden toiminnasta:

*Lääkärillä on avAinasema potilaan ohjaamisessa terapiaan tai vertaistukiryhmiin jos unettomuus johtuu elämän ongelmista, niin kuin usein on. Harmi et niillä on niin kova kiire vastaanotoilla että usein turvaututaan reseptiin. Ei tietenkään aina ole näin ja hyviä lääkäreitä on. Mutta kunnallisella puolella yleislääkärit vaikuttaa joskus ihN kädettömiltä. (farmaseutti 51)*

*...Harmittaa, kun tuntuu, että nykyään liian harva lääkäri ottaa unettomuutta riittävän vakavasti ja unilääkeresepitin kirjoittaminen käy helpommin kuin unettomuuden syyn selvittely ja eliminointi. (farmaseutti 197)*

*Unettomuuden hoito on retuperällä suomessa. normaalilääkärissä et saa käteesi kuin nukahtamislääkepurkin useimmiten. Harvassa paikassa tutkitaan unettomuuden syitä tai saa ohjetia ei lääkkeellisestä unettomuuden hoidosta (farmaseutti 237)*

*Pitäisi kokeilla kaikki muut keinot unettomuuden helpottamiseksi ennen kuin siirrytään lääkkeisiin. Toisinaan lääkkeitä määrätään liian helposti eikä potilaalle kerrota kuinka helposti niihin jää koukkuun. (farmaseutti 145)*

*Unilääkkeiden lyhytaikainen käyttö työikäisillä on ihan ok, mutta reseptit, jotka on kirjoitettu esim. vuoden määrälle siten kuin joka ilta otettaisiin tabletti, ihmetyttävät ja jopa hiukan suututtavat. Uniongelmiin pitäisi puuttua ensisijaisesti jotenkin muuten kuin pitkällä unilääkityksellä. Työikäisillä ei ole varaa olla seuraavana päivänä väsyneitä, joten helposti pilleri otetaan varmuuden vuoksi, varsinkin jos reseptin saa helposti uusittua ja lääkäri ei välitä puuttua unettomuuden takana oleviin syihin. (farmaseutti 111)*

Lääkärit saivat osakseen arvostelua myös lääkevalinnoistaan. Oltiin muun muassa sitä mieltä, että lääkehoito tulisi aloittaa miedommilla valmisteilla, jotka eivät aiheuta riippuvuutta kuten melatoniinilla ja mielialalääkkeillä ennen siirtymistä varsinaisiin unilääkkeisiin. Lisäksi säännöllisesti unilääkkeitä käyttävien unettomien lääkitys tulisi vaihtaa muuhun lääkitykseen. Myös yksittäisen lääkkeen, midatsolaamin, käytön järkevyys kyseenalaistettiin. Samoin oltiin sitä mieltä, että vaihdevuosisoireisille naisille hormonilääkitys saattaisi riittää unettomuuden hoidoksi eikä tällöin tarvittaisi unilääkitystä.

Lisäksi kritisoitiin yleisesti unettomuuden hoidon yhteydessä sitä, että lääkärin vastaanotolla oli kova kiire, unettomia ei ohjattu eteenpäin ja oltiinpa jopa sitä mieltä, että lääkäreillä ei ollut välttämättä halua tai taitoa paneutua unettomuuteen syvällisemmin.

Kyselyyn saaduissa vastauksissa ei unettomuuden hoidon yhteydessä varsinaisesti osoitettu suurta luottamusta lääkäreiden toimintaa kohtaan. Joissakin vastauksissa kuitenkin mainittiin potilas-lääkärisuhteen tärkeys lääkehoidon yhteydessä, ja tähän suhteeseen farmaseutti ei välttämättä tullut puuttua kyseenalaistamalla unettomuuden lääkehoitoa. Lisäksi todettiin, että lääkärillä oli vastuu siitä, että unilääkkeen käyttö oli tarkoituksenmukaista. Yhdessä vastauksessa nousi esille epäsuorasti, tulkinnasta riippuen, kysymys siitä, olivatko lääkärit huijattavissa tai liian ”lepsuja” määrätessään unilääkkeitä potilailleen, sillä farmaseutti totesi seuraavasti:

*...Unilääkkeitä toimittaessani työikäiselle, mietin aina asiakkaan ulkoista olemusta arvioiden, että tuleehan nämä lääkkeet ihan oikeaan tarkoitukseen.*  
(farmaseutti 208)

Lääkärit eivät saaneet osakseen pelkästään arvostelua, vaan farmaseutit ilmaisivat vastauksissaan myös myönteistä kehitystä tapahtuneen. Oltiin tyytyväisiä etenkin nuorten lääkäreiden lääkemääräämiskäytäntöihin, joihin kuului muun muassa puuttuminen pitkäaikaiseen unilääkkeiden käyttöön. Lisäksi oltiin tyytyväisiä melatoniinin ja mielialalääkkeiden käyttöön unettomuuden hoidossa varsinaisten unilääkkeiden kustannuksella, yhtä vastausta lukuun ottamatta.

Seuraavassa farmaseuttien toiveita lääkäreiden käytännön työhön.

*...Iteraatiota olisi syytä käyttää enemmän... (farmaseutti 29)*

*...Lääkäreiden pitäisi enemmän kertoa muista keinoista unen saantiin.  
(farmaseutti 25)*

*Pitäisi uusia resepti vain lääkärikäynnin yhteydessä. Lääkärillä pitäisi olla  
oikeasti aikaa potilaalle. Ei saisi uusia näkemättä.... (farmaseutti 138)*

*...Lääkärien pitäisi olla tarkkoina unilääkkeiden määräämisessä ettei  
lipsahda "jatkuvaan" käyttöön. Toivottavasti antavat ohjeita ja neuvoja  
myös! (farmaseutti 174)*

*...Lääkärin pitäisi mielestäni puuttua , jos käyttö jatkuu pitkään...  
(farmaseutti 221)*

## **Päätelmä tuloksista**

Farmaseutit arvostelevat lääkäreiden unettomuuden hoitoon liittyviä käytäntöjä ja toimintaa. Kritiikkiä saavat niin lääkäreiden unilääkkeiden määräämiskäytännöt, lääkevalinnat kuin heidän harjoittamansa unettomuuden hoito yleisestikin. Ollaan jopa sitä mieltä, että lääkärit eivät ole aina motivoituneita hoitamaan potilaidensa unettomuutta. Myös lääkäreiden unettomuuden hoitoon liittyviä taitoja epäillään. Toisaalta on havaittu, että unettomuuden hoidossa on tapahtunut myönteistä kehitystä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 MENETELMÄN POHDINTA

#### 8.1.1 TIEDONANTAJIEN HANKINTA

Tässä väitöskirjatutkimuksessa hyödynnetty SFL:n jäsenyhdistysten sähköpostilistojen käyttö laadullisen tutkimusaineiston keräämiseksi oli onnistunut valinta, sillä laadulliseksi tutkimukseksi vastauksia saatiin kaikkiin kyselyihin runsaasti. Esimerkiksi tutkimuksen vähiten vastattuun kyselyyn tuli lähes 200 vastausta. Tilastollisia yleistysiä tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä. Vaikka vastauksia saatiin paljon, farmaseuttien järjestäytymisasteeseen verrattuna niitä oli vähän, ja alueellisesti vastausten lukumäärissä oli huomattavia eroja. Esimerkiksi Keski-Pohjanmaalta, Pohjanmaalta, Satakunnasta ja Varsinais-Suomesta tutkimukseen osallistuminen oli suhteellisen vähäistä. Kyselytutkimuksista on yleisesti todettu, että vastaamattomuus saattaa nousta suureksikin (Hirsjärvi ym. 2009 s. 190).

Yhtenä selityksenä tähän vähäiseen vastausten määrään saattaa olla se, että jäsenyhdistykselle lähetetty viesti on jaettu jäsenyhdistyksen luottamusmiehille ja yhdyshenkilöille, joiden tuli välittää se edelleen yhdistyksen jäsenille. Esimerkiksi Turun jäsenyhdistys lähetti sähköpostiviestit alueen luottamusmiehille ja yhdyshenkilöille. On mahdollista, että alueilta, joilta saatiin vain vähän vastauksia, kyselyyn ovat vastanneet pelkästään alueen luottamusmiehet ja yhdyshenkilöt ja kyselyä ei ole välitetty eteenpäin muille jäsenille saatekirjeen kehotuksesta huolimatta. Esimerkiksi Pirkanmaalta saatiin kaikkiin kyselyihin selvästi enemmän vastauksia kuin Varsinais-Suomesta. Tampereen jäsenyhdistyksellä oli sähköpostilista alueensa farmaseuttien antamista sähköpostiosoitteista, joihin jäsenyhdistyksen tiedottaja lähetti tutkimuksen saatekirjeet tutkimuskyselylinkkeineen.

Toinen syy tutkimuksen suhteellisen vähäiseen vastausten määrään voi olla se, että kaikki farmaseutit eivät omistaneet tai olleet antaneet sähköpostiosoitettaan jäsenyhdistykselle, mikä oli vapaaehtoista, tai sitten osoitteet eivät olleet ajantasaisia, kuten tutkimuksen tekijä havaitsi saatuaan yhden jäsenyhdistyksen sähköpostilistan käyttöönsä. On myös mahdollista, että osa farmaseuteista on antanut työpaikkansa sähköpostiosoitteen, jolloin kyselyihin vastaaminen kesken työpäivän on saattanut tuntua hankalalta ja siten kyselyihin on jätetty vastaamatta. Lisäksi on todettu, että osa ihmisistä pitää enemmän paperisista lomakkeista kuin sähköisistä (Valli 2010 s.113).

Saattoi myös olla niin, ettei farmaseutti kokenut kyselyn aiheutta kyllin kiinnostavaksi, jotta olisi siihen vastannut. Tähän viittaisi esimerkiksi se, että viimeisenä kyselynä lähetettyyn *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -



kyselyyn vastasi useampi farmaseutti kuin esimerkiksi aiemmin tutkittaville lähetettyyn *Tsopikloni*-kyselyyn. Kaikki viisi kyselyä lähetettiin samoihin sähköpostiosoitteisiin, mutta vastausten määrä vaihteli kyselyittäin 189:sta 277:ään.

Toisaalta kyselyn kiinnostavuuden lisäksi vastaamishalukkuuteen on voinut vaikuttaa kyselyn muoto ja pituus. Esimerkiksi edellä mainittu *Tsopikloni*-kysely sisälsi neljä avointa kysymystä (Liite 5) ja *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kysely vain yhden avoimen kysymyksen viiden väittämän ja kahden monivalintakysymyksen lisäksi (Liite 6).

Suhteellisen vähäiseen vastausten lukumäärään on todennäköisesti vaikuttanut myös se, että moni on kyllästynyt jatkuviin kyselyihin. Lisäksi tässä tutkimuksessa ei lähetetty tutkittaville muistutuskirjeitä. Muistutuskirjeiden avulla on mahdollista lisätä vastaajien määrää (Hirsjärvi ym. 2007 s. 191), kun kyselyyn vastaaminen on unohtunut tai kun kysely ei ole enää tutkittavien vastattavissa. Muistutuskirjeet lähetettiin kuitenkin kahdelle jäsenyhdistykselle, kummallekin kerran, koska niiden alueilta ei ollut tullut yhtään vastausta vajaassa viikossa.

Vastausten lukumäärään on saattanut vaikuttaa jonkin verran myös se, että E-lomakkeen käytössä oli ollut ongelmia. Kahden henkilön valmiit lomakkeet kirjautuivat kahteen kertaan, ja kaksi muuta henkilöä kirjoitti kommenttikohdassa, että vastaamisessa oli ollut teknisiä ongelmia. Mikäli näin on ollut, ovat tällaiset ongelmat saattaneet vaikuttaa siihen, että jotkut ovat jättäneet kyselyyn vastaamatta. Koska tutkimuksen tekijällä ei ollut tietoa tulevista vastusten määristä, kyselyt eri jäsenyhdistyksiin ja niiden jäsenille lähetettiin porrastetusti ja hieman eri järjestyksessä, jotta välttyttäisiin kyselyihin vastaamiseen liittyviltä mahdollisilta teknisiltä ongelmilta.

Edellä esitetyn, ja toteamuksen tiedonantajien heterogeenisyydestä *Aineistot ja menetelmät* -kohdassa, perusteella voidaan todeta, että tutkittavien valinta oli onnistunut. Mukavuusotantaa hyödyntämällä saatiin määrältään suuri otos laadullista tutkimusta varten. Tällaisen edustavuuden on todettu olevan edellytys sille, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan laaja ja kattava kuva (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 215).

Vastausten runsas määrä lisää todennäköisyyttä vastausten kylläntymisestä, mikä on laadullisen tutkimuksen aineiston riittävyyden ja tulosten yleistettävyyden kannalta oleellista (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 87-88). Kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että aineisto alkaa toistaa itseään. Laadullisessa tutkimuksessa toistoksi riittää se, että vähintään kaksi tiedonantajaa ilmaisee saman asian.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa oli havaittavissa vastausten kylläntymistä niissä aihealueissa, jotka tutkimuksen tulososassa esitetään. Tämän kylläntymisen ja tiedonantajien hyvän edustavuuden vuoksi tutkimustulokset ovat yleistettävissä koskemaan myös muita kuin tähän tutkimukseen osallistuneita farmaseutteja. Sen sijaan tutkimuksen tekijä ei lähtisi yleistämään tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia esimerkiksi muita PKV-lääkkeitä käyttäviin tai muista mielenterveyden häiriöistä kärsiviin.

Vaikka esimerkiksi ahdistuneisuus ja unettomuus liittyvät läheisesti toisiinsa, on mahdollista ja myös todennäköistä, että farmaseuteilla on ahdistuneisuudesta erilaisia näkemyksiä kuin unettomuudesta.

### **8.1.2 SÄHKÖINEN LOMAKEKYSELY**

Kyselytutkimuksista on yleisesti todettu, että niiden avulla on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 2009 s. 190). Tutkimuksen tekijän kannalta sähköisen lomakkeen käytöllä on monia etuja. Se on jatko-opiskelijalle ilmainen käyttää ja siten postikyselyyn verrattuna edullinen. Kyselyn toteuttaminen sähköisesti on suhteellisen helppoa. Se nopeuttaa tutkimuksen tekemistä ja vähentää mahdollisia virheitä, kun aineiston manuaalinen syöttäminen tietojenkäsittelyohjelmiin jää pois. Lisäksi sähköinen kyselylomake mahdollistaa sen, että kaikkiin kyselyn kysymyksiin tulee vastata. Toisaalta tämä pakottaminen voi myös vähentää vastaamisinnokkuutta.

Tiedonantajan kannalta sähköisen lomakkeen etuna on se, että kyselyyn voi vastata silloin, kun tutkittavalle itselle sopii. Kyselyn palauttaminen tutkimuksen tekijälle on myös vaivatonta. Lisäksi kasvojen suojaaminen onnistuu tässä tutkimuksessa käytetyllä menetelmällä. Osalla vastaajista olikin hyvin rohkeaa kielenkäyttöä, joten sosiaalisesti hyväksytyjen vastausten antamisen todennäköisyys väheni. Toisaalta farmaseuttien antamien vastausten joukossa oli muutamia sellaisia, joista tutkimuksen tekijällä tuli mieleen ulkopuolisten tietolähteiden hyödyntäminen. Tämä mahdollisuus ei kuitenkaan häirinnyt tutkimuksen tekijää, sillä tutkimuksen tulosten lisäksi tällä unettomuusaiheisella tutkimuksella oli myös toinen tavoite. Tarkoitus oli herättää farmaseuttien kiinnostus kyseessä olevaan aiheeseen, jolloin on mahdollista nostaa unettomuus pohdinnan ja keskustelun kohteeksi ammattikunnan sisällä ja laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Vaikka sähköisen lomakkeen hyödyntämisellä tutkimustarkoitukseen on etunsa, on sillä myös varjopuolensa. Lomakkeen hukkuminen muiden lukuisten sähköpostiviestien joukkoon on todennäköistä silloin, kun tutkimukseen ei ehdi vastata heti tai kun tutkimusta ei koeta itselle kovin tärkeäksi ja se unohdetaan. Toisaalta tutkimuksen tekijän on mahdotonta tietää, kuka linkin välityksellä lähettyyn sähköiseen kyselylomakkeeseen on vastannut, sillä tällä tavoin toteutetussa kyselyssä nimettömyys säilyy huomattavasti paremmin kuin esimerkiksi paperisia lomakkeita käytettäessä. Paperisia lomakkeita hyödynnettäessä tutkimuksen tekijä voi seurata, ketkä tutkimukseen ovat osallistuneet ja keille muistutuskirjeet tulee lähettää (Hirsjärvi ym. 2009 s. 191).

### **8.1.3 KYSELYIDEN AVOIMET KYSYMYKSET**

Avoimet kysymykset valittiin tutkimukseen sen vuoksi, että unettomuusaihetta farmaseuttien näkökulmasta on Suomessa tutkittu vain vähän ja kiinnostuksen kohteena oli farmaseutin subjektiminä. Lisäksi tavoitteena oli välttää tiedonantajien johdattelua monipuolisen ja laajan aineiston saamiseksi sekä kysyntävaikutuksen välttämiseksi. Tämän valinnan varjopuolena oli se, että useat avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset olivat lyhyitä, ja mukana oli myös sellaisia vastauksia, joissa kysymys oli ymmärretty toisin kuin tutkimuksen tekijä oli tarkoittanut. Nämä ovat juuri sellaisia asioita, joita voitaisiin välttää esimerkiksi tiedonantajia henkilökohtaisesti haastattelemalla, tutkittavia havainnoimalla tai esitutkimuksen hyödyntämisellä.

Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan suoritettu varsinaista esitutkimusta, koska tutkimuksen tekijä ei kokenut sitä tarpeelliseksi kahdesta syystä. Ensinnäkin oli tiedossa, että vastauksia kuhunkin kyselyyn tulisi ainakin kymmeniä, joten tutkimuksesta poisjäävien vastausten määrä ei tulisi ongelmaksi. Toiseksi tällä väitöskirjatutkimuksella ei ollut ainoastaan tutkimuksellista tavoitetta, kuten edellä jo todettiin.

Useampia tarkempia, sisällöltään laajempia ja syvällisempiä vastauksia, mutta huomattavasti pienemmältä tiedonantajajoukolta, olisi todennäköisesti saatu, jos tutkimus olisi suoritettu paikan päällä apteekissa haastattelemalla. Nyt farmaseutin tuli muistella ja kirjoittaa muistinsa ja työkokemuksensa mukaan vastaukset sähköisen tutkimuksen avoimiin kysymyksiin. Toisaalta jos tiedonantaja kirjoitti vastauksensa kotonaan rauhassa, on tämä saattanut helpottaa kyselyihin vastaamista. Avoimiin kysymyksiin saatiin kuitenkin myös hyvin lyhyitä vastauksia, mikä viitannee siihen, että vastauksia on annettu kiireessä tai aihetta ei ole koettu loppujen lopuksi kovin kiinnostavana. Mutta koska tutkimuksen tekijällä ei ole tietoa siitä, ketkä yksilötasolla ovat tutkimukseen osallistuneet, ei näitä tässä kohdin esitettyjä pohdintoja lähdetty mahdollisilta tiedonantajilta myöhemmin selvittämään.

Asenteiden tutkimisesta tiedetään, että avovastauksista saadaan yleensä rikkaampi ja yksityiskohtaisempi näkemys yksilön asenteista kuin esimerkiksi hyödyntämällä Likert-asteikollisia väittämiä (Erwin 2005 s. 74). Likert-asteikollisista asenneväittämistä on myös todettu, että ne lisäävät sosiaalisesti suotavien vastausten todennäköisyyttä (Helkama ym. 2013 s. 196). Avokysymysten ja tiedonantajien anonymiteetin säilyttämisen avulla oli mahdollista vähentää sosiaalisesti suotavien vastausten todennäköisyyttä.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa hyödynnettiin niin sanottua pienten askelten strategiaa (Suoninen ym. 2011 s. 48). Tämä näkyi muun muassa siten, että tavoitteena oli herätellä tutkittavien mielenkiinto unettomuusaiheeseen tutkimuksen ensimmäisillä kyselyillä. Pienten askelten strategiaa hyödynnettiin myös siten, että koko tutkimus jaettiin viiteen osa-alueeseen. Periaatteessa kaikki tutkimuksessa mukana olleet aihealueet olisivat voineet olla yhdellä sähköisellä lomakkeella. Tämä olisi todennäköisesti vaikuttanut merkittävästi tutkimuksen osallistujamäärään.

Voidaan kuitenkin todeta, että tämä pienten askelten strategian hyödyntäminen tässä tutkimuksessa ei onnistunut optimaalisesti, sillä eri kyselyihin vastanneiden määrissä oli suuria eroja. Lisäksi voidaan todeta, että tutkimuksessa onnistuttiin laadullisen aineiston hankinnassa määrällisesti. Sen sijaan laadullisesti aineisto ei ollut kokonaisuudessaan ihanteellinen tutkimustarkoitukseen. Osa vastauksista oli hyvin lyhyitä, ja aina kysymyksiä ei ollut ymmärretty samalla tavoin.

#### **8.1.4 AINEISTON ANALYSOINTI**

Tutkimukseen saatua aineistoa analysoitaessa tutkimuskysymykset tarkentuivat, osittain muuttuivat ja uusiakin tutkimuskysymyksiä syntyi aineistoon tutustumisen myötä. Tällainen on mahdollista laadullisessa tutkimuksessa, sillä laadullisen aineiston analyysissä joustavuus on sallittua (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 31).

Teemoittelu, luokittelu ja sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelminä ovat teoriassa yksinkertaisia. Käytännössä ne olivat kuitenkin työläitä, aikaa vieviä ja monimutkaisia menetelmiä käyttäen aineiston runsauden ja vastausten moninaisuuden vuoksi.

Analysointi vaati selkeiden analyysikriteereiden luomista ja käyttämistä, jotta aineiston analysointi oli systemaattista ja mahdollisti pätevien tulkintojen tekemisen. Esimerkiksi osaa farmaseuttien vastauksista ei kyetty hyödyntämään tutkimuksessa, koska joissakin vastauksissa käytettiin passiivia ja näin ollen lyhyestä vastauksesta ei voinut lähteä arvuuttelemaan esimerkiksi sitä, kenestä vastauksessa kerrottiin. Tämänkaltaiset epävarmuudet poistettiin analysoitavasta aineistosta virheellisten tulkintojen välttämiseksi. Toisaalta vastauksia oli niin runsaasti, että nämä poistetut vastaukset eivät kaventaneet ilmiöstä annettavaa kuvausta. Ne vain tekivät analyysin tekemisestä työläämpää.

Teemoittelu, luokittelu ja sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelminä olivat onnistuneita valintoja tämän tutkimuksen aineiston analysoimiseksi, sillä kaikki tutkimuksen kyselyiden kysymykset, paitsi kysymys *”Mitä ajatuksia työikäiset unilääkkeiden käyttäjät herättävät sinussa?”*, olivat selkeästi rajattuja ja tutkimuksen tekijällä oli ennakkokäsityksiä kysymyksiin saatavista vastauksista. Lisäksi useimmat kyselyihin annetut vastaukset olivat lyhyitä, joten muiden laadullisen aineiston analysointimenetelmien hyödyntäminen ei olisi ollut asianmukaista tai edes mahdollista. Esimerkiksi hermeneuttisen kehän hyödyntäminen systemaattisesti analyysimenetelmänä ei olisi ollut käyttökelpoinen todennäköisesti kuin kysymykseen *”Mitä ajatuksia työikäiset unilääkkeiden käyttäjät herättävät sinussa?”* saatujen vastausten analysoimisessa kysymysten asetteluiden ja useimmista vastauksista puuttuneen syvällisyyden vuoksi. Farmaseuttien edellä esitettyyn kysymykseen antamista vastauksista olisi voitu muodostaa yksi aineisto, jota olisi lähdetty analysoimaan muulla tavoin kuin tässä tutkimuksessa hyödynnetyn induktiivisen sisällönanalyysin

avulla. Tätä vaihtoehtoa tutkimuksen tekijä ei kuitenkaan edes lähtenyt vakavasti harkitsemaan laadulliseen analyysiin liittyvän vähäisen harjaantumisen vuoksi.

### **8.1.5 ANALYYSIN JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS**

Tutkimuksessa käytetyt menetelmät on esitetty yksityiskohtaisesti, jotta lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen etenemistä. Lisäksi tutkimuksen tulososiossa on käytetty runsaasti suoria lainauksia farmaseuttien antamista vastauksista. Edellä esitetyillä tavoilla on mahdollista lisätä tutkimuksen vahvistettavuutta ja siten sen luotettavuutta (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 129, Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 207, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 139).

Tämän väitöskirjatutkimuksen luotettavuutta on myös lisätty hyödyntämällä niin sanottua face-validiteettia, tutkijatriangulaatiota sekä saman aineiston useampaan kertaan tapahtuvaa analysointia (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 128-129, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 142). Sen sijaan tässä tutkimuksessa ei käytetty erilaisten tutkimusmenetelmien hyödyntämistä, niin sanottua metodista triangulaatiota, tutkimuksen luotettavuuden todentamiseksi. Tämä johtui siitä syystä, että tavoitteena oli tutkia unettomuusilmiötä farmaseutin näkökulmasta. Toisaalta esimerkiksi farmaseuttien havainnointi unettomuuden itsehoitoon ja unilääkkeen toimittamiseen liittyen olisi edelleen lisännyt tutkimustulosten luotettavuutta ja saattanut tuoda esille myös uusia aiheisiin liittyviä ulottuvuuksia. Toisaalta tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat uskottavia niin tutkimuksen tekijän kuin kolmen tutkimuksen tuloksia tarkastelleen farmaseutinkin mielestä.

#### **8.1.5.1 Face-validiteetti**

Tutkimuksen tulokset tulkintoineen lähetettiin kirjallisessa muodossa kolmelle apteekissa työskentelevälle, eri puolilla Suomea asuvalle, eri-ikäiselle farmaseutille. Tutkimuksen tekijä pyysi heitä arvioimaan tutkimuksessa saatujen tulosten ja niihin liittyvien tulkintojen osuvuutta.

Hyödyntämällä tätä niin kutsuttua face-validiteettia on mahdollista lisätä tutkimuksen uskottavuutta, joka kuuluu osana laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 128, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 142) ja jolla tarkoitetaan sitä, että aineistosta tehdyt tulkinnat vastaavat tiedonantajien ilmaisemaa todellisuutta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 212). Face-validiteettiin liittyen farmaseutit, joilta saatiin suulliset suostumukset nimien julkaisemiseen, kommentoivat tutkimustuloksia tulkintoineen seuraavasti:

*Mielestäni tulokset ja johtopäätökset ovat uskottavia, sekä vastaavat todellisuutta. (Kati-Mari Heikkinen, Kajaani)*

*Molemmat (tulokset ja johtopäätökset) uskottavia ja vastaavat todellisuutta. (Mirja Aaltonen, Helsinki)*

*Tulokset ja johtopäätökset ovat todenperäisiä ja uskottavia. Aineisto ei riitele 30 vuoden aikana apteekissa kertyneen työkokemuksen kanssa. Kaikki asenteet ja mielipiteet ovat joskus tulleet työssä vastaan, samaten ”potilastapaukset” ja niiden herättämät tunteet. (Soili Rikkinen, Lempäälä)*

### 8.1.5.2 Ulkoinen validiteetti

Ulkoinen validiteetti kuvaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten suhteen pätevyyttä aineistoon (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 213). Tutkijatriangulaatiota eli toisen tutkijan hyödyntämistä aineiston analysoinnissa (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 143-144) käytettiin tutkimuksen ulkoisen validiteetin osoittamisessa ja siten tutkimuksen luotettavuuden todentamiseksi.

Farmaseutti Jaana Moilanen, joka on aiemmin toiminut terveystieteiden tutkijana, analysoi itsenäisesti viidestä kyselystä tutkimuksen pääkyselyyn, eli *Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät* -kyselyyn, saadut vastaukset tutkimuksen tekijän antamien ohjeiden mukaisesti.

Kukin teema ja siihen liittyvä analyysin tulos käytiin läpi keskustellen ja tuloksia keskenään vertaillen. Farmaseutti Moilasen ja tutkimuksen tekijän analyysien lopputulokset eivät olleet kaikilta kohdin identtisiä. Tulosten eroavaisuuksista keskusteltiin ja esitettyjen perusteluiden jälkeen päädyttiin yhteiseen näkemykseen ja tulkintaan aineistosta. Keskustelujen pohjalta laadittiin raportti, jonka molemmat allekirjoittivat.

Tutkimuksen tekijän ja farmaseutti Moilasen erikseen suorittamien analyysien tuloksia ei verrattu keskenään yksimielisyyskertoimien avulla. Tämä sen vuoksi, että käsiteltävä aineisto sisälsi runsaasti farmaseuttien antamia vastauksia ja tutkimuksen tekijästä tuntui kohtuuttomalta pyytää farmaseutti Moilasta äärimmäiseen tarkkuuteen laadulliseen aineistoon liittyvien määrällisten ominaisuuksien suhteen. Farmaseutti Moilanen suoritti analyysit omalla vapaa-ajallaan.

Tutkimuksen luotettavuutta testattiin myös siten, että tutkimuksen tekijä analysoi kuhunkin viiteen kyselyyn saadut vastaukset vähintään kaksi kertaa. Lisäksi tutkimuksen tekijä tarkasti tekemänsä analyysit ainakin kaksi kertaa. Saman aineiston analyysien välillä oli aikaa vähintään yksi kuukausi.

Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu osana vahvistuvuus, jolla tarkoitetaan tutkimuksen tulosten vertaamista aikaisempien tutkimusten tuloksiin (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 212). Tämän tutkimuksen

tuloksia on verrattu pohdintaosiossa vuonna 2010 Suomessa farmaseuteille tehtyyn unettomuuteen liittyvään kyselytutkimuksen tuloksiin (Nordlund 2011).

### **8.1.5.3 Refleksiivisyys ja siirrettävyys**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereihin kuuluvat edellä esitetyn lisäksi refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 129). Refleksiivisyyteen liittyen tutkimuksen tekijän on tiedostettava omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä ja arvioitava näiden lähtökohtien vaikutuksia tekemäänsä tutkimukseen. Siirrettävyyteen liittyen esimerkiksi tiedonantajien monipuolinen kuvaaminen taas edesauttaa tutkimustulosten siirrettävyyden arvioimisessa.

### **Kuvaus ja pohdinta tutkimuksen tekijän lähtökohdista ja tutkimusaiheen valinnasta**

Tutkimuksen tekijä on aiemmalta koulutukseltaan biokemisti, joten pohjakoulutus on luonnontieteellinen. Myös farmasian opinnot olivat pääosin luonteeltaan luonnontieteellistä koulutusta. Tutkimuksen tekijä on kuitenkin proviisoriopintojen yhteydessä tutustunut syvällisemmin sosiaalifarmasiaan, jonka alalta teki pro gradu -tutkielman. Opinnäytetyössä tarkasteltiin muun muassa apteekkeissa työskentelevien proviisoreiden työtyytyväisyyttä ja persoonallisuutta (Regina 2007).

Tutkielmaa tehdessä tutkimuksen tekijä havaitsi, että suomalaiset lääkealan ammattilaiset ovat olleet tutkimuksen kohteena melko harvoin. Pro gradu -tutkielman myötä tutkimuksen tekijällä vahvistui mielenkiinto lääkealan ammattilaisia kohtaan. Keitä farmasia-alan ammattilaiset todellisuudessa ovat, ja mitä alan asiantuntijat ajattelevat?

Proviisoriopintojen yhteydessä valittavana suuntautumisvaihtoehtona sosiaalifarmasia oli tutkimuksen tekijälle luontevin valinta, koska tutkimuksen tekijällä oli tarkoituksena palata opintojen loputtua takaisin apteekkityöhön. Tutkimuksen tekijän päättäessä jatkaa opintojaan luonnollisinta oli valita sama suuntautumisvaihtoehto. Muita vaihtoehtoja tutkimuksen tekijä ei edes harkinnut, koska tutkimuksen tekijä oli valinnut tutkimusaiheen jo ennen kuin otti yhteyttä professori Airaksiseen.

Tutkimusaihe valikoitui henkilökohtaisista syistä. Tutkimuksen tekijän tuttavapiirissä on unettomuutta, ja toisaalta tutkimuksen tekijä on havainnut omassa työyhteisössään muun muassa unilääkkeiden käyttäjiin suhtautumisessa epäammattimaisiakin piirteitä. Se että tutkimuksen tekijä lähti tekemään yleensäkin tutkimustyötä, johtui myös henkilökohtaisista syistä. Oma elämäntilanne salli tällaisen mahdollisuuden, ja toisaalta silkka uteliaisuus aiheutta kohtaan ja kiinnostus tutkimusprosessiin olivat tämän tutkimuksen alkuun panevina ja myös ylläpitävinä voimina.

Ennen nykyisten opintojen aloittamista tutkimuksen tekijän tietous unettomuudesta oli lähes pelkästään tuttavapiiristä saadun kokemuksen sekä farmaseutti- ja proviisoriopintojen varassa, joten tutkimuksen tekijä tutustui unettomuuteen itsenäisesti kirjallisuuden avulla. Lisäksi tutkimuksen tekijä suoritti kolme erillistä kurssia (yhteensä 14 opintopistettä), joissa unettomuus oli yhtenä aiheena. Näissä opinnoissa unettomuutta tarkasteltiin joko mielenterveydenhäiriön, talouden tai väestön terveyden näkökulmista.

Silloin kun tutkimuskohteena on ihminen ajatusmaailmoineen, on tärkeää tuntea ainakin psykologiaa ja sosiaalipsykologiaa. Tämän vuoksi tutkimuksen tekijä tutustui kyseessä oleviin tieteenaloihin. Sen lisäksi että tutkimuksen tekijä opiskeli alaa itsenäisesti lukemalla kirjallisuutta, tutkimuksen tekijä suoritti Tampereen avoimessa yliopistossa kaksi psykologian kurssia (yhteensä 10 opintopistettä) ja kaksi sosiaalipsykologian kurssia (yhteensä 8 opintopistettä). Nämä opinnot olivat oleellisia tutkimuksen tekijän tutkimusaiheeseen liittyvän ymmärryksen lisäämiseksi. Esimerkiksi syvällisempi tutustuminen ihmismielen haavoittuvuuteen ja sosiaalisen ympäristön merkitykseen olivat unettomuuteen liittyvän ymmärryksen ja myös tämän tutkimuksen tekemisen kannalta tutkimuksen tekijälle tärkeitä apuja.

Tutkimuksen teknisen toteuttamisen kannalta oli tärkeää syventää tietoja laadullisesta tutkimuksesta. Tutkimuksen tekijä on tutustunut laadulliseen tutkimukseen proviisoriopintojensa yhteydessä. Tällöin ajatus laadullisen tutkimuksen tekemisestä ei herättänyt mielenkiintoa, koska se vaikutti suoritustavaltaan hyvin epämääräiseltä. Mutta koska tutkimuksen tekijä päätti valita aiheen, josta on tehty Suomessa aiemmin vain yksi tieteellinen tutkimus, oli laadullisen menetelmän valinta tarkoitukseen sopiva.

Tutkimuksen tekijä hyödynsi kirjallisuutta opetellessaan itsenäisesti laadullisen tutkimuksen periaatteita. Tutkimuksen tekijän käsissä kuluivat muun muassa sellaiset kirjat kuin Jari Kylvän ja Taru Juvakan *Laadullinen terveystutkimus*, Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Katri Hämeen-Anttilan ja Nina Katajavuoren *Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön* sekä Jari Metsämuurosen *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*.

Itsenäisen opiskelun lisäksi tutkimuksen tekijä kävi tätä väitöskirjatutkimusta varten yhteensä kolme erillistä, tutkimuksen tekniseen suorittamiseen liittyvää kurssia, yhteensä 9 opintopistettä. Näistä opinnoista erityisesti Tampereen avoimessa yliopistossa suoritettu *Laadullinen tutkimus hoitotieteessä* oli antoisa, koska pelkkien luentojen lisäksi kurssiin sisältyi laadullisen tutkimuksen tekemistä niin ryhmissä kuin itsenäisesti. Lisäksi kurssin vetäjältä, TtM Minna Sorsalta, sai suoriutumisesta henkilökohtaista palautetta.

Tutustuminen erilaisiin laadullisiin menetelmiin oli hyvin mielenkiintoista ja avartavaa. Lähes kaikki menetelmät herättivät tutkimuksen tekijässä innostusta ja halua kokeilla niitä käytännössä. Jos tutkimuksen tekijä olisi ollut harjaantuneempi tutkija, olisi tutkimusaineiston voinut kerätä



haastatteleamalla ja ainakin osaksi hyödyntämällä fenomenologista tutkimusotetta, jossa painottuvat kokemukset ja niihin pohjautuva ymmärrys (Vilkkä 2009 s. 136-139). Haastattelu ei ole kuitenkaan tutkimuksen tekijän persoonaan parhaiten soveltuva, ja fenomenologinen tutkimusperinne olisi tutkimuksen tekijän tapauksessa vaatinut runsaasti harjoittelua ja aikaa. Samasta syystä tutkimuksen tekijä luopui ajatuksesta hyödyntää osallistuvaa havainnointia tai havainnointia ilman osallistumista. Koska tutkimuksen tekijällä on jo 50 vuoden kokemus itsestään ja päätös toteuttaa tutkimus oman kokopäivätyön ohessa, tutkimusmenetelmäksi valikoitui tutkimuksen tekijän kannalta toteutuskelpoisin – sähköpostin välityksellä lähetetty, avoimia kysymyksiä sisältävä kysely, joka analysoidaan yksinkertaisella teemoittelulla, luokittelulla ja sisällönanalyysillä.

### **8.1.6 TUTKIMUSPROSESSIN POHDINTAA**

Tutkimuksen läpivieminen oli hyvin kokonaisvaltainen ja paikoitellen vaativa prosessi. Tähän osasyynä on se, että vaikka tieteellistä tutkimusta tulee tehdä objektiivisesti, oli tämä tutkimus lähtökohdiltaan ja kokemuksena hyvin subjektiivinen. Esimerkiksi jo tutkimusaiheen valintaan vaikuttivat tutkimuksen tekijän omat arvot ja omat havainnot apteekkityössä. Subjektiivisuus korostui myös siinä, mitä tutkimusaineistosta nostettiin esiin ja miten sitä tulkittiin. Etenkin tulkinnan yhteydessä, mutta myös esiin nostettavien teemojen valintojen yhteydessä, oli havaittavissa painotuseroja tutkimuksen tekijän ja tässä tutkimuksessa mukana olleen toisen tutkijan välillä. Tämän on kuitenkin todettu olevan sallittua laadullisessa tutkimuksessa, jossa hyväksytään todellisuuksien moninaisuus (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 129). Toisaalta toiselle tutkijalle annetut analysointiohjeet olisivat voineet olla yksityiskohtaisemmat. Tutkimuksen tekijä halusi kuitenkin ohjata farmaseutti Moilasen aineistolle tekemää analyysii mahdollisemman vähän, jotta voitaisiin todentaa muun muassa aineistossa olevat teemat ja mahdolliset tutkimuksen tekijältä huomaamatta jääneet asiat. Toinen tutkija toimi tutkimuksessa toisaalta peilinä, mutta myös varmistajana.

Kun tutkimuksen tekijä lähti tekemään tätä väitöskirjatutkimusta, tavoitteena oli, että omat aikaisemmat havainnot työnnetään taka-alalle ja annetaan kerätyn aineiston puhua. Tämä ei ollut aina helppoa. Kuten edellä todettiin, tutkimusprosessi oli hyvin kokonaisvaltainen. Se täytti tutkimuksen tekijän ajatusmaailman useaksi vuodeksi. Se oli mukana työmatkoilla, asiakastilanteissa, apteekin ammattilaisten kanssa käydyissä keskusteluissa ja niistä tehdyissä havainnoissa tulkintoineen, paperilappusina tutkimuksen tekijän taskuissa ja aamulla ensimmäisinä ajatuksina.

Kokemus oli hyvin subjektiivinen, mikä aiheutti epävarmuuden tunnetta. Tutkimustulokset eivät aina syntyneet kirjoituspöydän ääressä, vaan pitkällisen pohdinnan jälkeen. Näiden pohdintojen lopputulokset tuli aina tarkistaa aineistosta, pitivätkö ne paikkansa, eikä näin ollut aina. Oli tilanteita,

jolloin tutkimuksen tekijä havaitsi, että omat ajatukset olivat muokanneet aineistoa sellaiseksi, mikä ei ollut todellisen aineiston mukaista. Näiden suoranaisten virheiden korjaamisessa auttoi kokemus ja tiedostaminen tutkimuksen tekijän omasta asemasta tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän tuli hyväksyä se, että hän on subjekti, jonka tulee tarkkailla ja tarkistaa pohdintojaan ja tekemiään ratkaisuja.

Olisi ollut hyödyllistä, jos tutkimuksen tekijä olisi aiemmin tehnyt laadullista tutkimusta esimerkiksi pro gradu -tutkielmansa kokeellisen osuuden yhteydessä. Nyt tämä kokemus tuli hankkia itsenäisesti ja osallistumalla koulutuksiin. Esimerkiksi aineiston analysointia hankaloitti se, ettei laadullisen aineiston analysointiin koulutuksista huolimatta ole olemassa selkeitä ohjeita, joita noudattamalla pääsee helposti yksiselitteiseen lopputulokseen. Tämä vaatii kykyä sietää epävarmuutta ja kykyä hyväksyä inhimillisyys. Toisaalta tutkimuksen tekijä havaitsi, että esimerkiksi sisällönanalyysiä oppi tekemään tekemällä. Harjoitusanalyysien jälkeen tutkimukseen liittyvien analyysien tekeminen helpottui kokemuksen karttuessa, kun epävarmuus väheni ja toisaalta epävarmuuden sietokyky kasvoi tutkimuksen edetessä. Myös sen hyväksyminen, että absoluuttista totuutta ei tällä tutkimuksella saavuteta, auttoi tutkimuksen tekijää, joka luonnontieteilijänä on tottunut täsmällisempään tieteeseen. Totuus, eli tämän tutkimuksen tulokset ovat siten tutkimuksen tekijän tulkinta unettomuusilmiöstä keväällä 2013 apteekkifarmaseuttien näkökulmasta.

Tutkimuksen tekijä ei pitänyt varsinaista, erillistä tutkimuspäiväkirjaa lukuisten laadullisten oppaiden ohjeiden vastaisesti. Tutkimuksen tekijällä on kuitenkin runsaasti kirjallista ja sähköistä materiaalia päivämäärineen ja tutkimusprosessiin liittyvine kommentteineen. Näitä merkintöjä tarkastelemalla on mahdollista seurata tutkimuksen etenemistä ja siinä tapahtuneita muutoksia.

### **8.1.7 TUTKIMUKSEN ETIIKKA**

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen etiikasta on todettu, että tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 147, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 131) ja ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006 s. 60). On myös todettu, että tutkijan velvollisuutena on huolehtia tutkittavien oikeuksista.

Tämä tutkimus on toteutettu noudattaen tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimuksen tekijä informoi farmaseutteja tutkimuksesta sähköpostitse lähetetyissä saatekirjeissä (LIITE 7). Farmaseuteilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta olemalla vastaamatta heille osoitettuun kyselyihin. Niin sanottuja muistutuskirjeitä ei lähetetty. Kukin kysely lähetettiin tiedonantajille ainoastaan kerran. Tutkimustiedot olivat luottamuksellisia ja ainoastaan tutkimuksen tekijän saatavilla. Toisen tutkijan hyödyntäminen tapahtui siten, että tämä toinen henkilö sai luettavakseen ja analysoitavakseen ainoastaan avoimeen kysymykseen saaduista vastauksista

muodostetun yhtenäisen aineiston, ei farmaseuttien taustatietoja. Kyselyihin vastattiin linkin välityksellä, joten tutkimukseen osallistuneet farmaseutit jäivät nimettömiksi. Farmaseuteilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään saatekirjeissä mainitun sähköpostiosoitteen välityksellä. Näin tekikin seitsemän farmaseuttia. Lisäksi kaikissa kyselyissä oli mukana kommenttiosuus, jonka välityksellä tutkimuksen tiedonantaja saattoi nimettömänä laittaa viestiä tutkimuksen tekijälle. Tutkimuksen eettisyyteen liittyen tutkimustuloksissa ei ole mitään sellaista, mikä edellyttäisi tulosten julkaisemisen eettisyyden syvällisempää pohdintaa.

## 8.2 TULOSTEN POHDINTA

### 8.2.1 ENSISIJAINEN APU UNETTOMUUTEEN

Apteekin asemaa unettomuuden hoidossa tutkittiin tässä väitöskirjatutkimuksessa seuraavan kysymyksen avulla: *”Mistä unettoman kannattaa ensisijaisesti lähteä hakemaan apua ongelmaansa silloin, kun unettomuuden taustalla ei ole fyysistä tai psyykkistä sairautta?”*. Kuten tulososiossa todettiin, apteekki ei ollut farmaseuttien näkökulmasta unettoman unettomuuden hoidon itseoikeutettu, ensisijainen avuntarjoaja. Vaikka apteekki mainittiin unettoman ensisijaisena avuntarjoajana farmaseuttien antamista 260 vastauksesta ainoastaan 47:ssä, tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että apteekkia ei nähtäisi tai ettei se voisi olla unettoman ensisijainen avuntarjoaja. Tämän tutkimuksen mukaan farmaseuteissa oli nimittäin selvästi niitä, jotka luottivat unettomuuden omatoimiseen hoitoon ainakin unettomuuden hoitopolun alkutaipaleella. Toisaalta, kuten tutkimuksen tulososassa todettiin, nuo farmaseuttien mainitsemat, omatoimiseen hoitoon liittyvät tekijät olivat kuitenkin niin laadultaan kuin laajuudeltaankin hyvin erilaisia.

Unettomuuden omatoimisen hoidon suosion lisäksi tämä tutkimus osoittaa, että farmaseuteissa on myös niitä, jotka eivät koe apteekkia ja siten itseään unettoman henkilön ensisijaisena auttajana. Tutkimuksen johtopäätöksissä tulee huomioida se, että unettomuudella tarkoitettiin tässä kohdin sellaista unettomuutta, joka ei aiheudu psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta.

Tämä edellä mainittu farmaseuttien myönteinen suhtautuminen unettomuuden lääkkeettömään, omatoimiseen hoitoon luo mahdollisuuksia unettomien syvällisempään auttamiseen päivittäisessä apteekkityössä. Tämä syvällisempi avun tarjoaminen sopii hyvin myös Suomen Apteekkariliiton vuodelta 2011 peräisin olevaan *Ammattiapteekkistrategiaan 2012-2020* (Suomen Apteekkariliitto 2011). Siinä todetaan muun muassa, että tavoitteena on asiakaskeskeisyys, missiönä tarjota terveyttä edistäviä tietoja ja palveluita sekä visiona auttaa asiakkaita ottamaan vastuuta omasta terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä.

Unettomuuden hoidon ottaminen entistä merkittävämmäksi osaksi apteekkien unettomien asiakkaiden palvelua ja neuvontaa on myös yhtenevä sosiaali- ja terveysministeriön, *Lääkepolitiikka 2020 - Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä*, tavoitteiden kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011 s.15-26). Näiden tavoitteiden mukaan potilaita muun muassa kannustetaan ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Julkaisussa todetaan, että lääkkeettömät vaihtoehdot tulee ottaa huomioon ja että itsehoidon ja omahoidon onnistumista tuetaan farmasisteilta saatavalla neuvonnalla. Lisäksi vuoden 2008 unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksessa todetaan, että unettomuutta tulisi hoitaa kaikkialla terveydenhuollossa. Unettomuuden hoidon päivitetystä *Käypä hoito* -suosituksessa tämä painotus on tuotu selkeästi esille (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015). Täten unettomuuden hoito kuuluu myös apteekeissa työskenteleville farmaseuteille.

Unettomuudesta on todettu, että yleisyydestään ja mahdollisista seurauksista huolimatta se on käytännössä usein alidiagnosoitu ja alihoitettu (Cheung ym. 2014). Yhtenä syynä saattaa olla se, että primaarisesti unettomat henkilöt eivät hakeudu terveydenhuollon pariin unettomuutensa vuoksi, koska he saattavat pitää sitä vähäisenä vaivana, josta yksilön tulee selviytyä itsenäisesti (Stinson ym. 2006). Toisaalta on todettu, että unettomat eivät ole aina tietoisia erilaisista unettomuuden hoitoon käytettävistä vaihtoehdoista.

Vaikka uneton ei välttämättä koe tilaansa vakavaksi ja hakeudu varsinaisen terveydenhuollon palveluiden pariin, todettiin yhdessä laadullisessa haastattelututkimuksessa, että useat unettomat turvautuivat kuitenkin omatoimiseen hoitoon (Cheung ym. 2014). Tämän tutkimuksen mukaan unettomuuden takia terveydenhuoltoon otettiin yhteyttä yleensä siinä vaiheessa, kun unettomuusoireet ja unettomuuden aiheuttamat seuraukset pahenivat tai kun ne koettiin ylitypääsemättömiksi. Myös unettomuuden pitkittyminen ja itsehoidon tehon heikentyminen olivat haastattelututkimuksen mukaan syitä hakeutua terveydenhuollon pariin. Ratkaisevat tekijät näyttäisivätkin olevan unettomuuden kesto (Stinson ym. 2006) ja unettoman kokemus subjektiivinen ahdistus (Angst ym. 2010). Pidempään unettomuudesta kärsineiden on todettu turvautuvan todennäköisemmin terveydenhuollon palveluihin (Stinson ym. 2006). Lisäksi sellaisten henkilöiden, joilla on unettomuuden lisäksi muita sairauksia ja joilla on merkittävää unettomuutta, on todettu hakeutuvan muita herkemmin hoitoon (Aikens ja Rouse 2005).

Unettomuuden hoitamisesta tiedetään myös, että australialaistutkimuksen mukaan noin kolmasosalla työikäisistä oli unettomuusoireita, mutta vain kolmasosa heistä haki apua vaivaansa perusterveydenhuollon lääkäriltä (Bartlett ym. 2008). Ja niistä unettomista, jotka eivät kääntyneet lääkärin puoleen, kolmasosa lääkitsi unettomuuttaan itsenäisesti joko itsehoitovalmisteilla tai reseptilääkkeillä. Aivan vastaavia, edellä mainittuja tietoja ei ole saatavilla suomalaisesta aikuisväestöstä. Tiedetään kuitenkin, että myös suomalaisista hieman yli viidesosalla on ollut unettomuusoireita ja

että toisaalta unilääkkeitä ilmoitti käyttävänsä noin 5 % työikäisestä suomalaisväestöstä (Helldán ym. 2013a, 2013b, 2015, Helakorpi ym. 2011, 2012). Siten on todennäköistä, että myös Suomessa unettomuuden omatoiminen hoitaminen on hyvin yleistä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan farmaseuttien myönteinen suhtautuminen unettomuuden omatoimiseen hoitoon ja apteekin asemaan unettoman ensisijaisena avuntarjoajana luo edellytyksiä unettomuuden hoidon syvällisempään palvelutarjontaan suomalaisissa apteekeissa. Tätä tukee myös edellä esitetyt ulkomaisten tutkimusten tulokset, mikäli ne pätevät myös suomalaisten unettomuuteen (Bartlett ym. 2008, Cheung ym. 2014). Palvelutarjonnan laajentamista puoltaa farmaseuttien helppo tavoitettavuus suomalaisissa apteekeissa ja farmaseuttisen henkilöstön hyvä peruskoulutus, vaikka siinä onkin edelleen kehittämisen varaa unettomuuden hoidon osalta. Australiassa (Tran ym. 2009, Fuller ym. 2011) ja Sveitsissä (Hersberger ym. 2006) tehdyt tutkimukset osoittavat, että apteekkiin on mahdollista luoda unettomuuden hoitoon liittyviä palvelukonsepteja, jotka toimivat unettomuuden hoitopolun alkutaipaleella. Täten apteekki voi toimia unettoman ensisijaisena avuntarjoajana nykyistä suunnitelmallisemmin osana terveystalveta.

Asiakkaan unettomuuden testaaminen apteekissa ei olisi vaikeaa, eikä siihen farmaseutin kouluttautumisen jälkeen edes tarvittaisi välttämättä erillisiä materiaaleja. Unettomuuden toteamisessa voitaisiin käyttää esimerkiksi seuraavia kriteereitä (Morin ja Benca 2012): Nukahtamiseen kuluu aikaa enemmän kuin puoli tuntia. Yöllinen valvellaoloaika nukahtamisen jälkeen on yli puoli tuntia. Unitehokkuus on alle 85 % tai nukkumiseen käytetty aika on alle 6 ½ tuntia. Näiden lisäksi henkilön tulee olla huolissaan unestaan tai kokea haitallisia päiväaikaista vaikutuksia.

Farmaseuttien tarjoamien palveluiden laajentaminen syvällisemmin koskemaan unettomuuden seuloontaa ja hoitoa ei välttämättä onnistu ilman ponnisteluja. Esimerkiksi englantilaistutkimuksessa on todettu, että ihmiset eivät olleet vielä mieltäneet apteekkeja juurikaan muiden palveluiden kuin lääkejakeluun liittyvien tehtävien toteuttajaksi (Saramunee ym. 2014). Samaisessa tutkimuksessa lääkäreistä todettiin, että he eivät useinkaan tukeneet apteekeista saatavia palveluja. Lisäksi myös farmasisteilla oli havaittu olevan ristiriitaista suhtautumista roolin laajentamiseen muuhun kuin lääkkeisiin liittyvään palveluun (Eades ym. 2011). Myös tässä väitöskirjatutkimuksessa osa farmaseuteista koki muun terveydenhuollon unettoman ensisijaisena avuntarjoajana. Tässä tutkimuksessa jää vain arvailujen varaan se, miksi he näin kokivat. On mahdollista, että he kokivat unettomuuden hoitamisen niin haastavana tai omat tietonsa ja taitonsa rajallisina, että suosivat unettomuuden hoidossa muuta terveydenhuoltoa kuin apteekkia.

Yleisesti on todettu, että farmaseuttisella hoidolla on merkittävä rooli terveydenhuollossa (Patwardhan ym. 2012). Tästä ovat osoituksena muun muassa tulokset tutkimuksista, joissa on tutkittu farmaseuttisen hoidon

vaikutusta esimerkiksi diabeteksen (Cranor ym. 2003), verenpainetaudin (Robinson ym. 2010), astman (Bunting ym. 2006) ja hyperlipidemian (Bunting ym. 2008) hoidossa. Tutkimuksissa on voitu osoittaa, että kyse ei ole ainoastaan potilaiden terveyden edistämisestä ja elämänlaadun paranemisesta, vaan myös merkittävästä taloudellisesta tekijästä niin yksilö- kuin yhteisötasollakin (Patwardhan ym. 2012). Tutkimuksen tekijä esittääkin, että unettomuuden hoito otettaisiin yhteistyössä muun terveydenhuollon kanssa apteekkien seuraavaksi kehittämiskohteeksi diabeteksen, astman ja sydänsairauksien rinnalle yleisyytensä, kansanterveydellisen merkityksensä ja hoidon luonteensa vuoksi.

Unettomuus tulisi havaita ja hoitaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jotta estettäisiin sen kroonistuminen ja unettoman altistuminen muille sairauksille, kuten esimerkiksi masennukselle. Apteekit voisivat olla helpon tavoitettavuutensa ansiosta paikkoja, joissa farmaseutin tekemänä tai hänen avustuksellaan tehtäisiin unettomuuden seulontatestejä. Näiden testien tulosten sekä asiakkaan ja farmaseutin käymän keskustelun pohjalta asiakas saisi apteekista asianmukaista, tarvitsemaansa neuvontaa. Tutkimuksen tekijä esittääkin, että apteekin osuutta unettomuuden hoidossa lisättäisiin. Ainakin tämän tutkimuksen mukaan suomalaisissa apteekeissa on farmaseutteja, jotka kokevat apteekin unettoman ensisijaisena auttajana ja farmaseutteja, jotka kannattavat unettomuuden lääkkeetöntä, omatoimista hoitoa. Toisaalta tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien antamien vastausten perusteella voidaan todeta, että unettomuuden hoitoon liittyvää koulutusta tarvitaan vielä lisää.

### **8.2.2 ITSEHOITOASIAKKAAN LÄÄKKEETÖN NEUVONTA**

Farmaseuttien unettomuuden itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä työikäiselle unettomalle tyypillisesti antamista lääkkeettömistä hoito-ohjeista on koostettavissa eri farmaseuttien vastauksia yhdistelemällä nykykäsityksen mukaan täydellisyyttä hipovat hoito-ohjeet. Sen sijaan yksittäisten farmaseuttien välillä oli huomattavia eroja heidän mainitsemiensa ohjeiden laadussa ja laajuudessa. Lisäksi tämän tutkimuksen mukaan vuonna 2013 oli sellaisia apteekki-farmaseutteja, joiden tyypilliseen kyseessä olevaan asiakaspalvelutilanteeseen ei kuulunut unettomuuden lääkkeettömien hoito-ohjeiden antaminen. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu sitä vaihtoehtoa, että lääkkeettömistä unettomuuden hoitovaihtoehtoista keskusteltaisiin asiakkaan kanssa sellaisissa tapauksissa, kun unettomuuden hoidoksi ei suositella mitään itsehoitovalmistetta.

Tarkasteltaessa syvällisemmin farmaseuttien itsehoitoasiakkaan lääkkeetöntä neuvontaa voidaan todeta, että useilta farmaseuteilta puuttui syvälinen perehtyneisyys unettomuuden lääkkeettömiin hoitoihin tai sitten he eivät erinäisistä syistä johtuen tuoneet sitä esille tyypillisessä työikäisen unettoman itsehoitoasiakkaan palvelutilanteessa. Puutteellinen perehtyneisyys näkyy farmaseuttien vastauksissa esimerkiksi yksittäisinä,

yksinkertaisina neuvoina, kuten esimerkiksi kahvin välttämisenä. Toisaalta vastauksissa mainittiin myös asiakkaiden haluttomuus vastaanottaa lisäneuvontaa.

Haastavat aiheet, kuten alkoholi, stressi ja huolet, saivat tutkimusaineistossa farmaseuteilta vain vähän suoranaista huomiota. Kuten kirjallisuusosuudessa jo todettiin, ovat alkoholi, stressi ja huolet usein unettomuuden taustalla (Bastien ym. 2004, Espie ym. 2006). Jos ne eivät alun alkaen ole ongelmia, niistä mahdollisesti myöhemmin tulee sellaisia. Näiden aiheiden sijaan neuvonnassa keskityttiin usein enemmänkin unettomuuden lääkkeettömässä hoitamisessa tekniseen suorittamiseen kuten liikuntaan, ruokailuun, rauhoittumiseen ja säännöllisyyteen. Myös sellaiset yksinkertaiset tekijät kuten päiväunet ja väsymyksen hyödyntäminen jäivät vähälle huomiolle tässä aineistossa, unettomuuden hoidon erityismenetelmistä puhumattakaan. Esimerkiksi uniärsykehallintamenetelmän oli ottanut esille tyypillisessä asiakaspalvelutilanteessa vain yhdeksän farmaseuttia, vaikka menetelmä on käytännössä hyvin yksinkertainen neuvoa asiakkaalle.

Kahdessa australialaisessa haamuasiakastutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Kippist ym. 2011, Kashyap ym. 2014) kuin tässä väitöskirjatutkimuksessa. Toisessa tutkimuksessa todettiin, että kaiken kaikkiaan unettoman itsehoitohaamuasiakkaan saama lääkkeetön neuvonta apteekissa oli vähäistä (Kippist ym. 2011). Haamuasiakas oli saanut lääkkeetöntä neuvontaa 42 apteekissa 100:sta. Yleisimmin neuvontaa oli annettu piristävistä juomista, makuuhuoneen rauhoittamisesta ja rentoutumisesta. Säännöllisestä uni-valverytmistä oli keskusteltu 10 %:ssa haamuasiakastapaamisista.

Myös toisen, 100 apteekkia sisältäneen, haamuasiakastutkimuksen tulosten mukaan apteekkihenkilökunta kiinnitti vain hyvin vähän huomiota unettomien itsehoitoasiakkaidensa elämäntapaan (Kashyap ym. 2014). Esimerkiksi yhdeltäkään unettomalta haamuasiakkaalta ei ollut tiedusteltu alkoholinkäyttöä tai tupakointia. Kofeiinista oli keskusteltu 8 %:ssa ja liikunnasta ennen nukkumaanmenoa 3 %:ssa tapauksista. Sen sijaan stressistä, ahdistuksesta tai huolista unettomuuden taustalla oli keskusteltu 26 %:ssa haamuasiakastapauksista.

Tiedetään myös, että nälkä (Hood ym. 2014) sekä kofeiini- ja nikotiiniriippuvuus (Ogeil ja Phillips 2015) häiritsevät unta, joten neuvonnan yhteydessä tällaiset asiat tulisi läpikäydä unettoman kanssa. Näin olikin toiminut osa tähän väitöskirjakyselyyn vastanneista farmaseuteista. Farmaseuttien tulisi ottaa esille myös alkoholin käyttö unettomuuden syyn selvittämisen ja lääkkeettömän neuvonnan yhteydessä, kuten muutamat tähän tutkimukseen osallistuneet farmaseutit olivatkin tehneet. Tiedetään nimittäin, että osa unettomista käyttää alkoholia hoitaessaan unettomuuttaan (Bower ym. 2001). Alkoholin nauttimisen onkin todettu olevan yksi yleisimmistä unettomuuden itsehoitomenetelmistä (Buysse 2008). Sen tiedetään helpottavan unensaantia, mutta se häiritsee normaaliunta ja vaikuttaa unen rakenteeseen usein annosriippuvasti (Ebrahim ym. 2013).

Farmaseuttien tässäkin väitöskirjatutkimuksessa esiin nostamalla liikunnalla ja elämän säännöllisyydellä tiedetään olevan edullisia vaikutuksia nukkumiseen. Esimerkiksi kohtuullisella ja säännöllisellä liikunnalla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia uneen, vaikka liikunnan ja unen välisen yhteyden ei ole todettu olevan aivan yksiselitteistä (Driver ja Taylor 2000). Unen suhteen parhaan hyödyn liikunnasta on todettu saatavan kuntoa kohottavalla aerobisella kestävyysharjoittelulla ja akuutilla liikunnalla, joka kestää vähintään tunnin. Toisaalta on todettu, että hyvin intensiivinen ja pitkäkestoinen, uuvuttava liikunta saattaa häiritä unta. Mutta on myös todettu, että ainakin nuorilla urheilijoilla näyttäisi säännöllinen, kova harjoittelu vaikuttavan myönteisesti uneen (Brand ym. 2010).

Säännöllinen elämäntyyli ja hyväunisuus näyttäisivät liittyvän toisiinsa, sillä henkilöillä, joilla on säännöllisempi elämänrytmi, on havaittu olevan vähemmän ongelmia nukkumisen kanssa (Monk ym. 2003). Huonosti nukkuvilla näyttäisi olevan epäsäännöllisempi sosiaalinen elämänrytmi kuin hyvin nukkuvilla (Carney ym. 2006). Lisäksi huonosti nukkuvien nukkumaanmeno- ja heräämisaikojen on todettu vaihtelevan enemmän kuin hyväunisten.

Vaikka nämä edellä esitetyt yksittäiset, tässäkin väitöskirjatutkimuksessa farmaseuttien esiin tuomat, unettomuuden lääkkeettömät hoito-ohjeet ovat merkityksellisiä joidenkin unettomuuden helpottamisessa, apteekeissa voitaisiin lisäksi ottaa käyttöön unettomuuden syvällisemmät, lääkkeettömät hoitomenetelmät asiakaspalvelutilanteiden keskustelun aiheiksi. Tätä puoltaa muun muassa tavoitteet edellä mainitussa *Lääkepolitiikka 2020* (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011).

Kuten kirjallisuusuusuudessa todettiin, kognitiivis-behavioraalisia unettomuuden hoitomenetelmiä suositellaan unettomuuden ensisijaisiksi hoitomenetelmiksi, sillä unettomuuden psykologisten ja käyttäytymiseen liittyvien hoitomenetelmien, kognitiivis-behavioraaliset terapiat mukaan lukien, on osoitettu olevan tehokkaita unettomuuden hoidossa (Ebben ja Spielman 2009). Psykologisia ja käyttäytymiseen liittyviä interventioita on käytetty onnistuneesti niin kroonisen primaarisen kuin sekundaarisenkin unettomuuden hoidossa (Morgenthaler ym. 2006, Morin ym. 2006, Morin ja Benca 2012). Myös iäkkäiden ja unilääkeriippuvaisten on todettu hyötävän tällaisista interventioista.

Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien hyödyntämistä unettomuuden hoidossa lääkitykseen verrattuna puoltaa muun muassa se, että CBT-interventioiden myönteiset vaikutukset unettomuuteen ovat lääkehoitojen vaikutuksia pitkäkestoisempia (Morin ym. 2006, Siebern ym. 2012). Lisäksi ne ovat teholtaan toisiinsa verrattavissa. Kroonisen unettomuuden ensisijaisina hoitomenetelminä pidetäänkin psykologisia menetelmiä ja käyttäytymisterapioita (Hood ym. 2014). Kuten jo kirjallisuusuusuudessa todettiin, näillä menetelmillä pyritään vähentämään niitä tekijöitä, jotka ylläpitävät ja pahentavat unettomuutta. Tyypillisesti terapiaan kuuluu 4-8 hoitokertaa, ja se koostuu unirajoitteesta, uniärsykemenetelmästä,



kognitiivisesta terapiasta, unihygieniasta ja rentoutusharjoituksista (Siebern ym. 2012). Kaksi ensiksi mainittua menetelmää muodostavat tavallisesti hoidon perustan, ja kolme viimeksi mainittua toimivat näiden lisänä. Tässä terapiamuodossa unipäiväkirjalla on keskeinen rooli niin unettomuuteen liittyvien tekijöiden kuin hoidon edistymisen seurannassa. Unihygieniaohteista on todettu, että ne tulisi räätälöidä yksilöllisesti, sillä ihmiset ovat erilaisia esimerkiksi kofeiiniherkkyyden suhteen (Williams ym. 2013). On myös todettu, että kognitiivis-behavioraalinen unettomuuden hoitomenetelmä on kokonaisuudessaan tehokkaampi kuin sen yksittäiset komponentit.

Edellä todettiin, että CBT-menetelmään voi kuulua 4-8 hoitokertaa, mutta on myös olemassa niin sanottuja kognitiivis-behavioraalisia lyhytterapioita. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa on osoitettu yhden neuvontakerran kirjallisine materiaaleineen olevan tehokas apu osalle potilaista akuutin, alle kolme kuukautta kestäneen, unettomuuden hoidossa (Ellis ym. 2015). Myös internetiä on hyödynnetty onnistuneesti yksilöllisen, interaktiivisen kognitiivis-behavioraalisen unettomuuden hoitomenetelmän välineenä yhdysvaltalais tutkimuksessa (Ritterband ym. 2009).

Hollannissa on sen sijaan kokeiltu onnistuneesti perinteisempää menetelmää unettomuusoireiden helpottamiseksi (van Straten ym. 2009). Tässä unettoman itsenäisesti suorittamassa CBT-hoidossa hyödynnettiin materiaaleina kirjaa ja kirjan sisältöön liittyvää 6-jaksoista televisio-ohjelmaa, jossa muun muassa tarjottiin palautetta hoidon edistymisestä ohjelmassa mukana olleille koehenkilöille. Terapiaan kuului muun muassa uni- ja unettomuustiedotusta, tietoa unihygieniasta, rentoutusharjoituksia, behavioraalisista menetelmistä uniärsyke- ja unirajoitemenetelmä sekä uneen ja unettomuuteen liittyvien kognitioiden ja uskomusten uudelleenarviointia.

Tällaisia unettoman itsenäisesti toteuttamia unettomuuden lääkkeettömiä hoitomenetelmiä onkin suositeltu käytettävän unettomuuden hoidon alussa sen selvittämiseksi, ketkä niistä hyötyvät. Meta-analyysin mukaan menetelmät, joissa hyödynnetään ihmisten välistä suoraa kontaktia, ovat olleet pelkkää unettoman itsenäisesti toteuttamaa hoitoa tehokkaampia menetelmiä (van Straten ja Cuijpers 2009).

Edellä esitettyyn vedoten apteekkien palveluvalikoimaan voitaisiin ottaa farmaseuttivetoiset unettomuuden syvällisemmät lääkkeettömät hoitomenetelmät. Aptekeissa on jo nykyään mahdollisuus tarjota erilaisia palveluita, joista kevyimmin resurssein toimivia ovat muun muassa lääkityksen ja inhalaatiotekniikan tarkistuspalvelut. Näiden hyvin vahvasti lääkkeisiin liittyvien palveluiden lisäksi apteekkien tulisi laajentaa palveluitaan yhä enemmän koskemaan myös lääkkeettömiä hoitoja, josta hyvänä esimerkkinä on niin sanottu *Liikkujan apteekki* -konsepti. Tämän toimintamallin mukaan apteekit kannustavat asiakkaitaan terveysliikunnan pariin. Seuraava vaihe apteekkien palveluiden laajentamisessa tulisi olla rohkeampi siirtyminen psyykkisen hyvinvoinnin puolelle, jota myös unettomuuden lääkkeetön hoito edustaa. Apteekit voisivat

australialaisesimerkin tavoin tarjota behavioraalista unettomuuden hoitoa kognitiivisella osuudella höystettynä. Tämän väitöskirjatutkimuksen valossa voidaan todeta, että suomalaisissa apteekeissa oli vuonna 2013 farmaseutteja, jotka suosivat unettomuuden lääkkeettömiä hoitoja. He eivät välttämättä kuitenkaan olleet vielä tiedollisesti sillä tasolla, että olisivat kyenneet tällaisia palveluja apteekin asiakkaille tarjoamaan.

Mahdollisten uusien apteekkipalveluiden tarjoamisessa kannattaa kuitenkin huomioida englantilaistutkimuksen tulokset, joiden mukaan apteekin palveluiden laajentamista on haitannut muun muassa ihmisten tietämättömyys tällaisten palveluiden olemassaolosta (Saramunee ym. 2014). Toisaalta samaisessa tutkimuksessa todettiin, että potilailla oli tyytymättömyyttä lääkäri-potilas-suhteen jatkuvuuteen, lääkäreiden merkittävään työmäärään ja siihen, että lääkärin tavatakseen pitää varata aika. Nämä viimeksi mainitut asiat koskenevat myös nykyistä suomalaista terveydenhuoltoa, joten hyvin toteutettuna apteekeilla olisi mahdollisuus laajentaa tarjoamiaan nykyisiä palvelujaan koskemaan myös unettomuuden spesifimpää hoitoa, sisältäen myös unettomuuden lääkkeettömiä hoitomuotoja. Myös osa suomalaisapteekkareista näkee uusien apteekkipalveluiden kehittämisen tärkeänä ja on kiinnostunut uusista palvelukonsepteista (Jokinen 2016). Osa apteekkarista onkin sitä mieltä, että alueilla, joissa ei ole terveysasemia, apteekit voisivat toimia perusterveydenhuoltoa korvaavina toimipisteinä.

Vaikka farmaseutit eivät tarjoaisikaan unettomille asiakkailleen varsinaista kognitiivis-behavioraalista terapiaa unettomuuden hoitoon, olisi kuitenkin asiakkaan kannalta hyödyllistä tietää tällaisen hoitomuodon olemassaolosta. Farmaseutit voisivat ainakin keskustella asiakkaansa kanssa siitä, ovatko nämä tietoisia tällaisesta unettomuuden ensisijaisesta hoitomenetelmästä ja tarvittaessa he voisivat kertoa, mistä hoidossa on kyse. Lisäämällä unettomien tietoa CBT-hoidoista voitaisiin heitä motivoida tutustumaan asiaan syvällisemmin ja ottamaan asian puheeksi mahdollisella lääkärikäynnillä, sillä terapian tehosta krooniseen unettomuuteen on tieteellistä näyttöä (Hood ym. 2014). Toisaalta kaikkien farmaseuttien olisi hyödyllistä omaksua lääkkeettömään unettomuuden hoidon neuvontaansa tämän terapiamuodon tekijöitä, joita ovat esimerkiksi edellä mainitut uniärsykemenetelmä, rentoutuminen ja unirajoitemenetelmä. Tähän väitöskirjatutkimukseen osallistuneet farmaseutit hyödynsivät nimittäin unettomuuden lääkkeettömissä hoito-ohjeissaan pääsääntöisesti vain unihygieniaan liittyviä keinoja, vaikka niiden on todettu olevan tehottomia unettomuuden ainoina hoitomuotoina (Hood ym. 2014).

### **8.2.3 ITSEHOITOASIAKKAAN KARTOITTAMINEN**

### **UNETTOMUUDEN**

### **SYYN**

Tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien esiin nostama ja tärkeänä unettomuuden hoidossa pitämä unettomuuden syyn selvittäminen ei

toteutunut aina apteekissa unettoman itsehoitoasiakkaan palvelutilanteessa, sillä 21 % eli 50 kyselyyn vastanneista farmaseuteista ilmoitti, ettei tiedustellut koskaan tai ei juuri koskaan itsehoitoasiakkaansa unettomuuden syytä. Satunnaisesti unettomuuden syytä ilmoitti selvittävänsä 42 % eli 100 kysymykseen vastanneista farmaseuteista.

Australialaisissa haamuasiakastutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Toisessa, 100 haamuasiakastapausta sisältäneessä, tutkimuksessa todettiin, että itsehoitoasiakkaan akuutin unettomuuden syytä oli selvittänyt 67 % farmasisteista (Kippist ym. 2011). Sen sijaan toisessa, myös 100 haamuasiakastapausta sisältäneessä, tutkimuksessa todettiin, että syytä unettomuuteen oli tiedusteltu hieman yli 30 %:ssa tapauksista (Kashyap ym. 2014).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa ei voida tarkalleen selvittää sitä, miksi kaikki farmaseutit eivät lähteneet kartoittamaan itsehoitoasiakkaansa unettomuuden syytä. Tähän tutkimukseen osallistuneiden vastauksista saadaan kuitenkin viitteitä siitä, että taustalla saattoi olla rohkeuden puutetta asiakaspalvelutilanteessa tai aihe koettiin itselle vaikeana. Unettomuuden hoitoon liittyvistä vastauksista on myös pääteltävissä, että joillakin farmaseuteilla oli puutteelliset tiedot unettomuuden hoidosta. Lisäksi on mahdollista, että osaa farmaseuteista unettomuuden hoito ei syvällisemmin kiinnostanut, kuten on havaittavissa joidenkin farmaseuttien antamissa vastauksissa tiedusteltaessa heidän ajatuksiaan unilääkkeiden käyttäjästä.

Kuten kirjallisuuskatsauksessa todettiin, farmaseutin tulisi ”tunkeutua” asiakkaan yksityisyyteen varmistuakseen siitä, että esimerkiksi itsehoitolääkkeen valinnan yhteydessä asiakas saa vaivoihinsa sopivaa valmistetta (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s.19). Myös Suomen Apteekkariliitto on luvannut julkaisussaan *Apteekki terveydenhuollossa – Apteekki yhteiskunnassa* vuodelta 2005 muun muassa, että asiakas saa riittävät tiedot valintansa tekemiseksi ja että asiakkaat ovat oikeutettuja samanlaiseen palveluun (Suomen Apteekkariliitto 2005). Erityisesti itsehoidosta julkaisussa todetaan, että apteekin farmasistien keskeisiä tehtäviä on ohjata ja tukea asiakkaita itsehoidossa ja itselääkinnässä sekä varmistaa, että itsehoito sopii asiakkaan oireeseen ja tilanteeseen.

Jos unettomuuden syytä ei selvitetä, on mahdollista, että esimerkiksi melatoniini- ja valerianavalmisteita myydään asiakkaille, jotka eivät niistä hyödy. Esimerkiksi tiedetään, että polvi- ja alaselkävaurioilla on yhteys huonolaatuihin ja lyhyeen, alle 6 tuntia kestäväan uneen (Murase ym. 2015), joten kipujen kartoittaminen unettomuuden syyn selvittämisessä on oleellista. Myös muiden kirjallisuuskatsauksessa mainittujen niin somaattisten kuin psyykkisten sairauksien ja vaivojen kartoittaminen on merkityksellistä unettomuuden itsehoidon yhteydessä, sillä itsehoitoasiakkaan auttamisen edellytykset paranevat kiinnittämällä huomio mahdollisiin unettomuuden taustatekijöihin. Tämä mahdollistaa asiakkaan ja farmaseutin yhteisen käsityksen muodostamisen siitä, että joissakin tapauksissa apua tulee hakea muusta terveydenhuollosta kuin apteekista.

Itsehoitoasiakkaan unettomuuden syyn ja mahdollisten taustalla olevien sairauksien selvittämisellä on myös merkitystä unettomalle annettavan lääkkeettömän neuvonnan näkökulmasta, sillä esimerkiksi CBT-hoito ei sovellu kaikille unettomille. Tiedetään esimerkiksi, että unen rajoittaminen kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä voi provosoida maniajakson (Harvey 2008). Unirajoitetta ei myöskään suositella henkilöille, joiden sairauksiin liittyy hyvin voimakasta päiväväsymystä aiheuttavia kohtauksia tai henkilöille, jotka jo alun alkaen nukkuvat vähemmän kuin kuusi tuntia vuorokaudessa (Troxel ym. 2012). Lisäksi suositellaan, että epätasapainossa olevat ja mahdollisesti diagnosoimattomat sairaudet hoidetaan ennen kognitiivisia menetelmiä sisältävien hoitojen aloittamista.

#### **8.2.4 NUKKUMISPÄIVÄKIRJAN HYÖDYNTÄMINEN**

Niin sanottu uni-valvepäiväkirja on ollut yleisesti saatavilla esimerkiksi unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksen yhteydessä. Vain harva tähän tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista, 6 % kysymykseen vastanneista, oli hyödyntänyt unettoman itsehoitoasiakkaansa neuvonnassa tätä päiväkirjaa.

Vaikka farmaseuteista vain muutama oli tällaista päiväkirjaa käyttänyt työkalunaan, sai se ajatuksena joiltakin farmaseuteilta myönteistä palautetta. Sen sijaan yksi tutkimuksen tiedonantajista ei suhtautunut unipäiväkirjan hyödyntämiseen suopeasti. Hänen vastauksestaan voidaan päätellä, että hän oli ymmärtänyt päiväkirjan pitämisen pidempiaikaiseksi tapahtumaksi. Todellisuudessa tarkoituksena on kirjata vuorokautiset tapatumat 1-2 viikon ajalta.

Tutkimuksen tekijä esittää, että uni-valvepäiväkirjan käyttö apteekin unettoman itsehoitoasiakkaan neuvonnan yhteydessä tulisikin ottaa rutiininomaiseen käyttöön yhteistyössä muun terveydenhuollon kanssa. Tutkimukseen osallistuneet farmaseutit kirjoittivatkin vastauksissaan useista eri tekijöistä, joiden vuoksi he suosittelevat tällaisen päiväkirjan hyödyntämistä. Päiväkirja voisi toimia toisaalta farmaseutin apuna neuvontatilanteessa – muistilistana ja keskustelun pohjana muun muassa pohdittaessa asiakkaan kanssa mahdollisia unettomuuden taustalla olevia tekijöitä. Toisaalta päiväkirja voisi auttaa unetonta itsenäiseen pohdiskeluun unettomuutensa helpottamiseksi. Mutta päiväkirja voisi myös toimia yhteistyövälineenä apteekin ja lääkärin välillä tilanteissa, joissa unettomuuteen tarvitaan lääkärin apua. Olisi unettoman asiakkaan kannalta hyödyllistä, jos hänellä olisi jo lääkäriin mennessä aineistoa nukkumisestaan ja päivittäisistä toimistaan. Apteekista saatava uni-valvepäiväkirja farmaseutin antamine ohjeineen voisi siten hyödyttää kaikkia kolmea osapuolta.

### **8.2.5 KESKUSTELU RESEPTIUNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJIEN UNETOMUUDEN SYISTÄ APTEEKISSA**

Kysymykseen *”Mitä ajatuksia työikäiset unilääkkeiden käyttäjät herättävät sinussa?”* saaduissa vastauksissa useat farmaseutit pohtivat unettomuuden syitä ja taustoja, mutta joidenkin farmaseuttien vastauksissa oli havaittavissa passiivisuutta unilääkkeen käyttäjän tilanteeseen syventymisessä. Tämä viimeksi mainittu ilmeni esimerkiksi siten, että unettomuuden ja unilääkkeen käytön syytä saatettiin kyllä pohtia, mutta sitä ei otettu esille asiakkaan kanssa tai sitten synn selvittämistä ei edes koettu aiheelliseksi, itselle kuuluvaksi tehtäväksi. Myös australialaisessa bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden laadullisessa haastattelututkimuksessa on todettu, että vain osa farmasisteista oli tiedustellut lääkkeen käytön syytä (Parr ym. 2006).

Tämä edellä esitetty on ristiriidassa lääkeneuvonnan asiakaskeskeisen neuvontamallin kanssa, jonka mukaan farmaseutin tulee ”tunkeutua” asiakkaan yksityisyyteen varmistuakseen, että asiakas osaa käyttää lääkettään asianmukaisesti (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 19). Koska unilääkkeitä on yleensä tarkoitus käyttää vain tarvittaessa, satunnaisesti, tulisi farmaseutin lääkeneuvonnassaan myös syventyä asiakkaan unettomuuden syihin, sillä näillä syillä on merkitystä unilääkkeen käytön tarpeellisuutta arvioitaessa. Farmaseutin tulee tukea lääkärin potilaalleen antamia ohjeita, mutta jos lääkäri ei ole niitä asiakkaalle antanut, tulisi asiakkaan ja farmaseutin pohtia unilääkkeen käyttöä yhdessä. Esimerkiksi jos unettomuuden synnä on vuorotyö tai läheisen kuolema, on unilääkkeen käyttö erilaista. Vuorotyötä tekevä voi joutua käyttämään unilääkkeitä vuosia unirytmien säätämiseen työvuorojen muuttuessa, kun taas kuolleen lähiomaiselle unilääkitys riittänee muutamiksi öiksi hautajaisiin asti.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa usea farmaseutti otti esille työperäisen stressin ja vuorotyön unettomuuden taustalla. Työllä näyttäisikin olevan merkittävä rooli kroonisesti unettoman unettomuuskokemuksessa niin unettomuutta laukaisevana kuin sitä pahentavana tekijänä (Henry ym. 2008). Farmaseuttien tulisikin perehtyä erityisesti työstä aiheutuvaan unettomuuteen ja sen hoitamiseen, jotta työikäiset unettomat saavat apteekeista asiantuntevaa neuvontaa unettomuuden hoitonsa tueksi. Tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan joidenkin farmaseuttien kohdalla kaivataan myös asennemuutosta, jotta he kokisivat itsensä kiinteämmäksi osaksi unettoman hoitoketjua.

**8.2.6 FARMASEUTTIEN  
KÄYTTÄJISTÄ****HAVAINTOJA****UNILÄÄKKEIDEN****8.2.6.1 Unilääkkeet – osa unettoman elämää**

Farmaseutit kirjoittivat vastauksissaan unilääkkeiden käyttäjistä tekemistään havainnoista. He totesivat, että osalle unettomista lääkkeistä oli tullut osa elämää.

Kaikista esimerkiksi bentsodiatsepiineja käyttävistä ei kuitenkaan tule näiden lääkkeiden pitkäaikaiskäyttäjiä (Pérodeau ym. 2016). Tiedetään kuitenkin, että yksilön bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäytölle altistavia tekijöitä ovat muun muassa naissukupuoli, psykologinen haavoittuvuus, merkittävä stressi ja sen kroonistuminen, yksinäisyys ja eristäytyminen sekä kielteinen suhtautuminen lääkityksen lopettamiseen.

Lääkettä käyttävän potilaan suhtautumisella onkin todettu olevan ratkaiseva merkitys lääkityksen jatkamiseen (Pérodeau ym. 2016). Bentsodiatsepiineja käyttävät saattavat kokea lääkityksen lopettamisen vaikeana, ja etenkin lääkityksen lopettamiseen liittyvät epäonnistumiset saattavat lannistaa. Myös lääkärit voivat kokea pitkäaikaisesti lääkkeitä käyttäneet haastavina potilaina, jolloin he turhautuneina jatkavat potilaidensa lääkitystä. Lisäksi pitkäaikaisesti bentsodiatsepiineja käyttävien asenteisiin on todettu vaikuttavan läheisten näkemykset unilääkkeiden käytöstä. Etenkin elämänkumppanin ja potilaan lasten suhtautumisella näyttäisi olevan vaikutusta. Siten kyse ei välttämättä ole pelkästään siitä, että uneton itse haluaa käyttää unilääkettä, vaan on myös mahdollista, että unettoman läheiset kannustavat häntä lääkkeelliseen unettomuuden hoitoon.

Farmaseuttien todetessa tässä väitöskirjatutkimuksessa unilääkkeistä tulleen osalle unettomista osa elämää on unilääkkeen pitkäaikaiskäytön taustalla tässäkin tutkimuksessa mainittu lääkkeeseen kehittynyt riippuvuus. Belgialaistutkimuksessa todettiin, että esimerkiksi bentsodiatsepiineihin potilaille kehittyi nopeasti psykologinen riippuvuus (Anthierens ym. 2007b). Potilaat olivat muun muassa huolissaan reseptin uusimisesta ja oireiden palaamisesta, jos lääkitys lopetettaisiin. Tutkimuksessa myös todettiin, että potilaiden huomio siirtyi oireista lääkehoidon jatkamiseen.

Isobritannialaisessa, bentsodiatsepiineja ja Z-lääkkeitä unilääkkeinä käyttäneille henkilöille (n=705) suunnatussa tutkimuksessa todettiinkin 45,8 % ilmoittaneen lääkkeisiin liittyvästä riippuvuudesta (Siriwardena ym. 2008). Samaisessa tutkimuksessa myös todettiin, että 87,0 % unilääkkeen käyttäjistä oli sitä mieltä, että unilääkkeistä oli heille apua. Tutkimukseen osallistuneista 67,4 % ilmoittikin käyttävänsä unilääkettä päivittäin. Myös australialaistutkimuksessa on vastaavasti todettu bentsodiatsepiineja käyttäneiden henkilöiden kokeneen lääkkeet melko lyhyen käytön jälkeen riippuvuutta aiheuttaviksi ja pääsääntöisesti hyödyllisiksi, minkä vuoksi lääkitystä myös haluttiin jatkaa (Parr ym. 2006).

Lääkkeiden käyttäjien on todettu hyödyntävän erilaisia kognitiivisia strategioita oikeuttaakseen bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäytön unettomuuden ja ahdistuneisuuden hoidossa (Pérodeau ym. 2016). Tällaisia strategioita ovat muun muassa lääkkeen käyttäjän vähättelevä suhtautuminen näiden lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia kohtaan ja se, että ilmenneille haittavaikutuksille annetaan jokin muu kuin lääkkeeseen liittyvä selitys. Lääkkeen käyttäjällä saattaa olla myös harhakuvitelma omasta kyvystään kontrolloida lääkkeen käyttöään, ja hän voi pakoilla omaa vastuutaan siirtämällä sen lääkärille. Toisaalta on todettu, että kohdatessaan pitkäaikaiskäyttäjän lääkäri saattaa vuorostaan luopua yrityksessään lääkkeen käytön lopettamiseksi, erityisesti tapauksissa, joissa potilaan lääkityksen on aloittanut toinen lääkäri.

Tutkimuksen tulosten mukaan osa farmaseuteista oli havainnut joidenkin unilääkkeiden käyttäjien pitävän oikeutettuna lääkkeiden käyttämistä unettomuuden hoidossa. Tälle löytynee useita selityksiä, kuten edellä mainittu toteamus lääkkeiden käyttäjien kokemasta lääkkeen käytön hyödystä. Toisaalta voidaan ajatella, että unettomuuden lääkkeellinen hoito nähdään hyväksyttävänä, koska unettomuus ja siihen liittyvät tekijät koetaan vakavina. Kuten tämän väitöskirjan kirjallisuusosuudessa todettiin, on esimerkiksi primaarisesti unettomilla hyvin nukkuvia yleisemmin masentuneisuutta, huolestuneisuutta ja ahdistuneisuutta, mutta nämä oireet ovat kuitenkin lievempiä kuin diagnostiset kriteerit täyttävässä masennuksessa tai ahdistuneisuushäiriössä (Buysse ym. 2007). Lisäksi muun muassa skotlantilaistutkimuksessa on todettu, että työikäiset, primaarisesti unettomat henkilöt kokivat unettomuuden heikentävän heidän elämänlaatuaan ja vaikuttavan kielteisesti heidän päivittäiseen toimintaansa aiheuttaen heille muun muassa eristäytyneisyyttä ja esteen itsensä toteuttamiselle (Kyle ym. 2010). Tässä skotlantilaistutkimuksessa unettomat kuvasivat päivittäistä toimintaansa kamppailuksi, jossa huonosti nukuttu yö heikensi heidän keskittymistään, huomiokykyään ja muistiaan sekä vaikutti mielialaan ja henkiseen hyvinvointiin fyysisen uupumuksen lisäksi. Tiedonantajat olivat myös huolestuneita pitkäaikaisen unettomuuden vaikutuksista fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Nämä edellä luetellut tekijät ovat samoja tekijöitä, joista osa väitöskirjatutkimukseenkin osallistuneista farmaseuteista oli tietoisia.

Väitöskirjatutkimuksessa todettiin myös, että farmaseutit olivat havainneet joidenkin unilääkkeiden käyttäjien olevan omatoimisia hoitaessaan unettomuuttaan lääkkeillä. Tämän omatoimisuuden taustalla vaikuttanee ainakin osalla käyttäjistä unilääkkeisiin liittyvä riippuvuus ja omat henkilökohtaiset kokemukset lääkkeiden käyttämisestä. Australialaistutkimuksessa bentsodiatsepiineja käyttävät olivatkin todenneet toleranssin kehittyessä tavallisesti lisäävänsä itsenäisesti annostustaan (Parr ym. 2006).

Myös isobritannialaistutkimuksessa todettiin osan unettomista olleen päättäväisiä hoitonsa suhteen ja halunneen hoitaa unettomuuttaan

itsenäisesti unilääkkeillä (Davy ym. 2015). Tutkimuksessa todettiin heidän hakeutuvan sellaisen lääkärin hoitoon, joka suostui heille unilääkkeitä määräämään. Unettomilla todettiin olevan myös erilaisia omia strategioita käyttää unilääkkeitään ja muita unettomuuteen käytettäviä valmisteita. Tutkimuksessa todettiin esimerkiksi, että unilääkkeiden annostusta nostettiin itsenäisesti ja unilääkkeiden kanssa käytettiin samanaikaisesti itsehoitovalmisteita, mutta unilääkkeiden käyttöä saatettiin myös säännöstellä omatoimisesti. Samankaltaista omatoimisuutta unettomien keskuudessa havaittiin myös yhdysvaltalaistutkimuksessa, jossa todettiin muun muassa, että unettomalla saattoi olla käytössä unettomuuteen useita lääkkeitä, joita käytettiin tilanteen ja tarpeen mukaan (Henry ym. 2013). Unettomuuden hoitoon kuului tämän tutkimuksen mukaan myös poikkeaminen lääkärin antamista ohjeista. Tätä unettomat perustelivat havaitsemallaan hoidon säätelyn tarpeella tai sillä, että he olivat eri mieltä lääkärin kanssa diagnoosista tai lääkityksestä. Kanadalaistutkimuksessa onkin todettu, että bentsodiatsepiinilääkkeen pitkäaikaiskäyttäjät korostivat lääkityksessään omaa itsemääräämisoikeuttaan (Pérodeau ym. 2016).

#### **8.2.6.2 Unilääkkeet - helppo ratkaisu**

Kuten tutkimuksen tulososuudessa todettiin, osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että unettomat eivät välttämättä itse tehneet kylliksi unettomuutensa hoitamiseksi. Farmaseutit olivat havainneet unettomien hakevan helppoa ratkaisua ongelmaansa ja joidenkin unilääkkeen käyttäjien suhtautuvan unilääkkeiden käyttöön kevyesti kynnyksen näiden lääkkeiden käyttöön ollessa matalalla. Mutta toisaalta farmaseutit olivat havainneet, että työikäisten unettomien keskuudessa oli myös niitä, jotka suhtautuivat unilääkkeisiin varauksellisesti tai jopa pelkäsivät niiden käyttämistä. Myös isobritannialaistutkimuksessa todettiin farmasistien havainneen osan unettomista olleen huolestuneita unilääkkeisiin liittyvästä mahdollisesta riippuvuudesta ja vältelleen näiden lääkkeiden käyttämistä (Davy ym. 2015).

Kanadalaistutkimuksessa on todettu, että unettomuuteen ja ahdistuneisuuden hoitoon bentsodiatsepiineja käyttäneet potilaat, mutta myös terveydenhuollon ammattilaiset, olivat olleet usein sitä mieltä, että nämä lääkkeet olivat helppo ratkaisu monimutkaisiin terveyteen liittyviin elämäntilanteisiin (Pérodeau ym. 2016). Bentsodiatsepiinilääkkeiden käyttö muun muassa unettomuuden hoidossa nähtiin psykososiaalisten ilmiöiden medikalisoimisena. Samaisessa tutkimuksessa todettiin bentsodiatsepiinien käytöstä, että menestyäkseen nyky-yhteiskunnassa kaikkea piti hoitaa nopeasti ja hinnalla millä hyvänsä. Nämä samat toteamukset tulivat esille farmaseuttien kommentoissa väitöskirjatutkimuksen aineistossa.

Unilääkkeet voivat olla lopulta helppo ratkaisu unettomuuden hoitoon, mutta yhdysvaltalaistutkimuksen mukaan unettomat olivat usein sinnitelleet usean vuoden ajan ilman lääketieteellistä apua turvautuen itsehoitoon (Henry



ym. 2013). Tutkimuksessa todettiin, että yhtenä syynä, miksi ammattiapua ei ollut haettu aiemmin, oli unettomuuteen liittyvä sosiaalinen stigma. Unettomuutta hävettiin, sen vuoksi tunnettiin syyllisyyttä ja toisaalta uskottiin omiin kykyihin selviytyä, jolloin avun hakemista lykättiin.

Se miksi yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan pitkäaikaisunettomat lopulta hakivat lääketieteellistä apua unettomuuteensa, johtui tavallisesti siitä syystä, että unettomuus häytti lähimpiä sosiaalisia suhteita tai vaikutti kielteisesti työskentelyyn (Henry ym. 2013). Tutkimuksessa myös todettiin, että unettomat hyödynsivät itsehoitoa lääkärin tarjoaman hoidon lisänä. Väitöskirjatutkimusta tekevällä ei ole tiedossa sitä, miten herkästi suomalaiset unettomat todellisuudessa hakeutuvat lääkärin vastaanotolle, mutta tämän tutkimuksen mukaan osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että kynnys oli matala.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa todettiin farmaseuttien myös havainneen osan unilääkkeiden käyttäjistä suhtautuvan näiden lääkkeiden käyttämiseen kevyesti. Bentsodiatsepiinilääkitykseen liittyvässä belgialaistutkimuksessa kuitenkin todettiin, että osa kyseessä olevien lääkkeiden käyttäjistä koki oman tilanteensa niin ongelmallisena, ettei heidän mielestään ollut muuta ratkaisua kuin lääkitys (Anthierens ym. 2007b). Lääke saatettiin nähdä ainoaksi ratkaisuksi ongelmaan, johon liittyi uupumusta, huolia ja ahdistusta.

Yleinen mielipide vaikuttanee unilääkkeiden käyttäjien omaan suhtautumiseen näiden lääkkeiden käyttöön. Edellä mainitussa belgialaistutkimuksessa todettiin potilaiden suhtautuneen ristiriitaisesti ensimmäiseen bentsodiatsepiinilääkitykseensä (Anthierens ym. 2007b). He olivat tiedostaneet näiden lääkkeiden käyttämiseen liittyvän kielteisen leiman ja halusivatkin lopettaa lääkityksensä välttääkseen riippuvuuden syntymisen, mutta toisaalta heitä pelotti lääkityksen lopettaminen, lääkityksen, jonka olivat kokeneet auttaneen.

Myös australialaistutkimuksen mukaan unettomilla oli ristiriitainen suhtautuminen unettomuuden lääkkeelliseen hoitoon (Cheung ym. 2014). Tutkimuksessa todettiin, että toisaalta unettomuuden lääkkeettömiä hoitoja pidettiin lääkitystä parempana vaihtoehtona, muun muassa sen vuoksi, ettei lääkkeettömiin hoitoihin liittynyt riippuvuutta ja toleranssia ja näiden hoitojen vaikutusten tiedettiin olevan pitkäkestoisempia. Toisaalta lääkkeellinen hoito houkutteli tuodessaan nopean ratkaisun uniongelmaan. Tutkimuksessa todettiin myös, että unettomuuteen haettiin lääkkeellistä apua erityisesti silloin, kun unettomuus koettiin fyysisenä, lääketieteellisenä ongelmana eikä sosiaalisesta syystä aiheutuneeksi vaivaksi.

Tämä ristiriitainen suhtautuminen on havaittavissa myös siten, että isobritannialaistutkimuksessa (n=705) todettiin lähes viidesosan unilääkkeiden käyttäjistä halunneen lopettaa unilääkkeiden käytön, ja sitä olikin yrittänyt lähes puolet tutkimukseen osallistuneista (Siriwardena ym. 2008). Toisaalta unilääkkeiden käyttöä halusi jatkaa enemmistö eli 66,0 % tutkimukseen osallistuneista. Edellä esitettyyn viitaten myös tässä väitöskirjatutkimuksessa havaittiin farmaseuttien toteamana unettomien ristiriitainen suhtautuminen unilääkkeiden käyttöön.

Viestintävälineiden, internet mukaan lukien, on todettu olevan merkittävä käsityksiä muokkaava tekijä esimerkiksi bentsodiatsepiinien käyttöön liittyen (Pérodeau ym. 2016). Tiedotusvälineiden välittämän kuvan on todettu olleen lääkkeen käyttäjien mielestä ristiriitaista. Tämän ristiriitaisen viestinnän ansiosta lääkkeen käyttäjät ovat voineet valita itselleen parhaiten sopivan viestin ja näin säilyttää oman alkuperäisen suhtautumisensa bentsodiatsepiinien käyttämiseen.

Oli unilääkkeiden käyttö unettomuuden hoitoon helppo ratkaisu tai ei, unilääkkeiden hyödyistä tiedetään esimerkiksi, että Z-lääkkeet lyhentävät objektiivista nukahtamisaikaa keskimäärin noin 22 minuutilla plaseboon verrattuna (Huedo-Medina ym. 2012). Toisaalta on todettu, että Z-lääkkeiden nukahtamista edistävästä vaikutuksesta noin puolet on lumetekijästä johtuvaa. Ja kuten tässä väitöskirjatutkimuksessa todettiin, ovat unilääkkeet suhteellisen edullisia, mikä ei ainakaan vähennä niiden houkuttelevuutta unettomuuden hoidossa. Esimerkiksi vuonna 2013 unilääkkeiden keskimääräiset kustannukset olivat 25 € potilasta kohden (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014).

### **8.2.6.3 Unilääkkeiden ensisijaisuus**

Unilääkkeiden ensisijaisuudesta unettomuuden hoidossa tämän tutkimuksen tiedonantajat totesivat muun muassa, että muut vaihtoehdot olivat jääneet toissijaisiksi, eivätkä unettomat olleet aina halukkaita kokeilemaan vaihtoehtoja, eikä niitä välttämättä edes etsitty. Yhtenä syynä tässä tutkimuksessa todettuun unilääkkeiden ensisijaisuuteen unettomien keskuudessa voi olla isobritannialaistutkimuksessa tehty havainto, jonka mukaan unettomat saattoivat kokea terveydenhuoltohenkilöstön heille tarjoamat unihygienianeuvot liian yksinkertaisina ratkaisuinä unettomuuteensa tai jopa heidän unettomuuttaan vähättelevänä (Davy ym. 2015). Toisaalta syynä voi olla se, kuten yhdysvaltalaistutkimuksessa on todettu (Henry ym. 2013), että ennen lääketieteelliseen apuun turvautumista unettomat ovat jo koettaneet itsenäisesti hoitaa unettomuuttaan erinäisin tavoin. Toisaalta edellä mainitussa isobritannialaistutkimuksessa myös todettiin, että farmasistit olivat olleet sitä mieltä, että asiakkaat, jotka eivät olleet ottaneet yhteyttä lääkäriin ja jotka hakivat unettomuuteen apua apteekin itsehoitopuolelta, olivat usein tyytyväisiä lääkkeettömiin, elintapoihin liittyviin neuvoihin, ainakin ollessaan hoitopolkunsa etsimisen alussa (Davy ym. 2015). Farmasistit olivat olleet myös sitä mieltä, että nämä asiakkaat arvostivat usein neuvoja enemmän kuin unettomuuden itsehoitovalmisteita.

Farmaseuttien tässä väitöskirjatutkimuksessa mainitsema unilääkkeiden ensisijaisuus unettomuuden hoidossa voi myös johtua siitä syystä, kuten belgialaistutkimuksessa todettiin (Anthierens ym. 2007b), että unettomat luottavat lääkärin tekemiin valintoihin. Belgialaistutkimuksessa havaittiin,

että potilaat eivät itse ehdottaneet lääkkeettömiä hoitoja, vaan luottivat lääkärin valintoihin. Tutkimuksessa myös mainittiin, että lääkärin myönteinen suhtautuminen ulkopuoliseen, psykologiseen apuun vaikutti myönteisesti potilaan suhtautumiseen ja siten potilaan sitoutumiseen lääkkeettömään unettomuuden hoitoon.

#### **8.2.6.4 Unilääketietous**

Tässä tutkimuksessa mukana olleet farmaseutit olivat havainneet unilääkkeiden runsaan kulutuksen. Kuten kirjallisuusosuudessa todettiin, oli unilääkkeiden kulutus Suomessa vuonna 2013 runsasta. Lähes 300 000 Suomessa asuvaa henkilöä oli ostanut kyseisenä vuonna Kela-korvaukseen oikeuttavaa unilääkettä (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2014).

Yhtenä syynä unilääkkeiden runsaaseen kulutukseen suomalaisaikuisväestön keskuudessa voi olla tässäkin tutkimuksessa farmaseuttien mainitsema väestön unilääketietämyksen lisääntyminen, minkä oletettiin laskeneen kynnystä unilääkkeiden käyttämiselle. Mutta toisaalta tutkimuksessa todettiin, että unettomilla saattoi olla puutteellisia tietoja unettomuuden lääkkeellisistä hoitovaihtoehtoista ja ettei heillä ollut aina riittävästi tietoa unilääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä – tietoa, josta keskusteleminen apteekin asiakkaan kanssa on yksi farmasistien lainsäädäntöön perustuvista työtehtävistä apteekin asiakaspalvelussa.

Myös belgialaistutkimuksessa on mainittu, että bentsodiatsepiineja unettomuuteen ja ahdistukseen ensimmäistä kertaa saaneet potilaat olivat todenneet, että heillä oli vähäiset tiedot lääkityksestään (Anthierens ym. 2007b). Samaisessa tutkimuksessa myös todettiin, että potilaat eivät välttämättä kaivanneetkaan lisätietoja lääkityksestään. Tätä potilaat selittivät muun muassa sillä, että he luottivat lääkärin toimivan heidän parhaakseen. Lisäksi edellä mainitussa isobritannialaistutkimuksessa (n=705) on esimerkiksi todettu, että bentsodiatsepiineja ja Z-lääkkeitä unilääkkeinä käyttävistä 42,3 %:lle ei ollut neuvottu unilääkehoidon kestoa (Siriwardena ym. 2008).

Edellä mainitut unettomien asiakkaiden puutteelliset tiedot unettomuuden lääkkeellisistä hoitovaihtoehtoista ja riittämättömät tiedot unilääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä eivät johtune pelkästään puutteellisesta neuvonnasta apteekissa. Lääkärillä on ensisijainen velvollisuus kertoa potilaalleen diagnoosi ja hoito. Yhtenä syynä saattaa kuitenkin olla farmaseuttien tässä tutkimuksessa mainitsema unilääkkeen käyttäjien haluttomuus jakaa kokemuksiaan farmaseutin kanssa. Tämän haluttomuuden taustalla vaikuttanee ainakin eräänä tekijänä farmaseuttien tutkimuksessa mainitsemat, unilääkkeiden käyttämiseen liittyvät häpeä ja leimautumispelko.

Häpeää ja leimautumisesta käsitellään myös jonkin verran tämän tutkimuksen tunteita sisältävässä osiossa. Leimautumisesta todettakoon tässä yhteydessä, että australialaistutkimuksessa havaittiin, että unilääkitykseen

liittyvä kielteinen leima ei aina estänyt unetonta käyttämästä lääkitystä (Cheung ym. 2014). Erityisesti tämä johtui siitä syystä, että unettomalla itsellään oli kokemusta lääkkeen toimivuudesta.

Leimautumisesta on yleisesti todettu, että siihen liittyy muun muassa syyllisyyttä, yksilön hyljintää ja alhaista itsetuntoa ja että se vaikuttaa syvällisesti stigmatisoidun ja muiden yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen (Lloyd 2013). Tiedetään myös, että stigmatisoitu henkilö pyrkii tavallisesti peittämään stigmatisoidun asemansa. Lääkeriippuvuuteen liittyen on myös todettu, että yksilön lisäksi hänen perheensä voidaan leimata (Corrigan ja Shapiro 2006).

Näihin edellä esitettyihin toteamuksiin liittyen on ymmärrettävää, että unilääkkeiden käyttäjä, joka kokee unilääkkeiden käyttämiseen liittyvää leimautumista, ei välttämättä ole halukas syvällisempään yhteistyöhön farmaseutin kanssa. On myös todettu, että yksilö on riippuvainen muiden hyväksynnästä ja tuo vuorovaikutustilanteessa esille sellaisia puolia itsestään, joille hän haluaa muiden hyväksyntää (Suoninen ym. 2011 s. 127-128). Apteekin asiakaspalvelutilanteissa onkin hyvä muistaa, että yksilö peilaa itseään toisten yksilöiden kautta muokaten käyttäytymistään saamansa palautteen mukaan. Unohtamatta sosiologis-sosiaalipsykologista näkökulmaa, jonka mukaan nimenomaan kieli, kulttuuri ja yhteiskunta eli toiset ihmiset tekevät meistä sen, mitä olemme ja miten käytäydymme (Burr 2004 s. 23-24).

### **8.2.7 UNILÄÄKERIIPPUUUS JA UNILÄÄKKEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ**

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että apteekkien unilääkkeiden kulutusseurantaan liittyen ja joidenkin asiakkaiden yhteistyöhaluttomuudesta johtuen, unilääkeriippuvuudesta kärsivät asiakkaat saatettiin kokea haastavina. Tutkimuksessa mainittiin myös, että unilääkkeisiin liittyvä mahdollinen väärinkäyttö toi lisähaasteen farmaseutin työhön. Farmaseuteista yksikään ei maininnut suoraan unilääkereseptiväärennöksiä, joten tätä asiaa ei ilmeisesti koettu kovinkaan ongelmallisena tai sitten se saattoi sisältyä käytettyyn väärinkäyttö-termiin.

Osa farmaseuteista ei kokenut kuuluvansa kiinteäksi osaksi unettoman potilaan hoitoketjua, sillä tiedonantajien joukossa oli myös niitä, joiden mielestä farmaseutin tehtäviin ei kuulunut puuttua unilääkkeisiin liittyvään riippuvuuteen. Täten voidaan todeta, että osa farmaseuteista ei ollut sisäistänyt syvällisemmin farmaseuttisen hoidon ideaa, vastuun ottamista potilaan lääkehoidosta.

Tämä viimeksi mainittu tulos on samansuuntainen kuin uusiseelantilaistutkimuksen tulos, jonka mukaan 58 % farmasisteista (n=580) oli ollut sitä mieltä, että heidän työtehtäviinsä kuului valvoa lääkehoidon vaikuttavuutta monitoroimalla potilaan edistymistä (Bryant ym. 2009). Lisäksi samaisessa tutkimuksessa todettiin, että suuremman vastuun

ottaminen asiakkaiden farmaseuttisesta hoidosta ei miellyttänyt kaikkia farmasisteja.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa todettiin unilääkeriippuvaisten asiakkaiden haasteellisuudesta muun muassa se, että asiakkaat saattoivat olla haluttomia keskustelemaan unettomuuden hoidon muista vaihtoehtoista ja että he saattoivat haluta lääkkeensä toimitettavan apteekista aiemmin kuin farmaseutti olisi ollut valmis niitä hänelle toimittamaan. Lisäksi tulososiossa mainittiin unilääkkeitä käyttävien asiakkaiden haluttomuudesta lopettaa unilääkkeiden käyttö. Todennäköisesti näiden edellä mainittujen tekijöiden taustalla vaikuttaa, kuten farmaseutit vastauksissaan totesivatkin, yhtenä tekijänä asiakkaan kokemaa pakonomainen tai voimakas tarve saada unilääkettä. Sillä kuten kirjallisuusuudessa todettiin, esimerkiksi bentsodiatsepiinireseptoriagonisteihin liittyy mahdollisina haittavaikutuksina muun muassa niin fyysistä kuin psyykkistäkin riippuvuutta vieroitusoireineen ja toleransseineen (Buysse 2008). Erityisesti vieroitusoireena esiintyvistä rebound-unettomuudesta on todettu, että se on eräs syy, miksi unettomat haluavat jatkaa lääkitystään, ehkä muista kokemistaan lievemmistä haittavaikutuksista huolimatta (Holbrook ym. 2000). Vieroitusoireiden lisäksi bentsodiatsepiinilääkitystä käyttävät ovat kokeneet lääkityksen lopettamisen esteiksi oireiden jatkumisen, lääkäriltä saadun tuen puutteen sekä riittämättömän tukiverkoston (Parr ym. 2006).

Yhtenä tekijänä vaikuttamassa farmaseutin vastustamiseen voi olla niin sanottu psykologinen reaktanssi. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilöt ovat tavallisesti motivoituneet pitämään kiinni havaitsemastaan valinnan ja toiminnan vapaudesta silloin, kun uskovat sen olevan uhattuna (Erwin 2005 s. 120). Silloin kun yksilö olettaa itsellään olevan vain niukasti valinnanvaraa tai todellista sananvaltaa jossakin asiassa, on kohteen todettu vastustavan suostuttelua korostamalla itsenäisyyttään, etenkin jos asia on hänelle tärkeä.

Tutkimuksen tulososiossa todettiin farmaseuttien esittäneen toteamuksen, jonka mukaan unilääkkeistä tuli päästä eroon. Tämä ei kuitenkaan ole kaikkien unilääkkeiden käyttäjien kohdalla välttämättä realistinen vaihtoehto, sillä on väitetty, että pitkäaikaisesti unilääkkeitä käyttävistä noin kolmasosa on kykenemättömiä lopettamaan lääkkeensä käytön (Belleville ja Morin 2008). Syytä tähän on selvitetty.

Kanadalaistutkimuksen mukaan pitkäaikaisen unilääkkeen käytön asteittainen lopettaminen onnistui parhaiten sellaisilta henkilöiltä, joiden unettomuus- ja ahdistuneisuusoireet, itse kokemaa terveys ja luottamus omiin kykyihin paranivat lopettamishoidon aikana (Belleville ja Morin 2008). Tutkimuksessa todettiin myös, että onnistuneiden ja epäonnistuneiden välillä ei ollut eroja heidän muutosvalmiudessaan. Pitkäaikaisesti unilääkkeitä käyttäneet henkilöt (n=53) olivat mukana kahdeksan viikkoa kestäneessä interventiotutkimuksessa, jossa terveydenhuoltohenkilöstö antoi tukea lääkityksen lopettamisessa pääpainon ollessa unettoman omahoidossa.

Lääkityksen lopettamisesta onkin todettu, että tsopikloni-, tsolpideemi- ja bentsodiatsepiiniriippuvaisten annoslasku tulee tehdä asteittain viikkojen

kuluessa vieroitusoireiden ja terveystkomplikaatioiden välttämiseksi (Brett ja Murnion 2015). Lääkityksen asteittain tapahtuvassa lopettamisessa on käytetty esimerkiksi seuravanlaista tapaa: lääkeannosta vähennetään aina viikoittain tai joka toinen viikko 25 %:lla edellisestä annoksesta ja lopuksi harjoitellaan lääkkeettömiä päiviä tai tehdään potilaan kanssa yksilöllinen suunnitelma aikatauluineen (Bélanger ym. 2009).

Unilääkkeen käytön asteittaisessa lopettamisessa on myös hyödynnetty kognitiivis-behavioraalisen terapian menetelmiä. On nimittäin todettu, että tämän menetelmän avulla pitkäaikaisesti unilääkettä käyttäneen on mahdollista oppia uusia, nukkumiseen liittyviä taitoja ja ajattelutapoja (Bélanger ym. 2009). Psykologisten menetelmien, kuten kognitiivis-behavioraalisen terapian, yhdistäminen bentsodiatsepiinilääkityksen asteittaiseen vähentämiseen onkin todettu parantavan sekä lääkehoidon vähentämisen että lopettamisen onnistumistodennäköisyyttä pelkkään lääkityksen asteittaiseen vähentämiseen verrattuna (Parr ym. 2009, Darker ym. 2015).

Farmaseuttien tulisikin hyväksyä se tosiasia, että apteekin asiakkaina on, ja tulee todennäköisesti olemaan tulevaisuudessakin henkilöitä, jotka käyttävät pitkäaikaisesti unilääkkeitä. Heidän kohdallaan riippuvuuden hoitona on lääkityksen asteittaisen lopettamisen sijaan sen kontrolloitu ylläpitohoito (Brett ja Murnion 2015). Näiden vaihtoehtojen väliseen valintaan vaikuttaa merkittävästi potilaan ominaisuudet. Yleisesti riippuvuuden hoitamisen onnistumisesta on todettu, että hoidon onnistumiseksi on ensiarvoisen tärkeää, että potilas on itse sitoutunut hoitoonsa. On myös todettu, että hoidon onnistumistodennäköisyys paranee, jos potilaan sosiaalinen tukiverkko on kunnossa ja talous vakaa.

Tässäkin väitöskirjatutkimuksessa todettiin, että osa asiakkaista suhtautui kriittisesti unilääkkeiden käyttämiseen peläten juuri näihin lääkkeisiin liittyvää riippuvuutta. Italiaista tutkimuksessa onkin todettu, että lähes 40 % bentsodiatsepiineja käyttävistä, apteekissa haastatelluista asiakkaista (n=181), oli halukkaita lopettamaan lääkkeensä käytön (Urru ym. 2015). Osa heistä oli yrittänyt itsenäisesti, ilman lääkärin apua, lopettaa lääkkeensä käytön siinä kuitenkin onnistumatta.

Yksilöiden välillä onkin huomattavia eroja siinä, miten paljon ulkopuolista apua yksilö tarvitsee lopettaakseen pitkäaikaisen unilääkityksensä (Bélanger ym. 2009). Yhdelle saattaa riittää pelkkä kertaluontoinen, kirjallinen materiaali, kun toinen saattaa vaatia useita viikoittaisia terapiatapaamisia onnistuakseen. Hollantilaistutkimuksessa on myös todettu, että bentsodiatsepiinilääkityksensä lopettamiseen motivoituneet henkilöt hyötyivät yleisen bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamiseen liittyvän intervention sijaan toimenpiteistä, jotka olivat henkilökohtaisempia ja sisälsivät monipuolista tietoa lääkityksen lopettamisesta (Wolde ym. 2008). Tutkimuksessa verrattiin lääkärin antamaa kirjallista, yleistä tietoutta kyseessä olevan lääkityksen lopettamisesta tietokoneavusteiseen kirjalliseen, yksilöllisempään tiedottamiseen, tukeen ja palautteen antamiseen. Myös

farmasisteilta saatavaa tukea on pidetty tärkeänä, lääkäriltä ja muilta saadun tuen lisäksi, bentsodiatsepiinilääkitystä lopetettaessa (Parr ym. 2006).

### **8.2.8 UNILÄÄKENEUVONTA RIIPPUVUUDEN JA TOLERANSSIN NÄKÖKULMASTA**

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin unilääkkeisiin liittyvää tavanomaista lääkeneuvontaa kyseessä olevan lääkkeen, tsopiklonin, toleranssi- ja riippuvuusriskin näkökulmasta. Yleisesti voidaan todeta, että tiedonantajilla ei ollut sisällöllisesti yhtenäistä neuvontaa koskien erityisesti asiakkaille annettujen ohjeiden määrää. Eräänä selityksenä tähän epäyhtenäisyyteen saattaa olla se, että tyypillinen työikäinen uneton asiakas oli erilainen eri apteekkeissa farmaseuttiin liittyvien tekijöiden lisäksi. Voidaan myös todeta, että tämän aineiston perusteella asiakaskeskeinen lääkeneuvonta ei ollut erityisen yleistä, ainakaan siltä osin, että ainoastaan 8 farmaseuttia oli tarkistanut asiakkaalta, mitä lääkäri oli unilääkkeestä hänelle kertonut. Tulee kuitenkin huomioida, että tutkimuksessa keskityttiin lääketiedon välittämiseen, siihen millaisia ohjeita farmaseutit hyödynsivät lääkeneuvonnassaan. Tutkimuksessa ei varsinaisesti tutkittu laajemmin asiakaskeskeistä lääkeneuvontatapaa.

Unilääkeriippuvuuteen ja -toleranssiin liittyen voidaan todeta, että tämän tutkimuksen mukaan osa farmaseuteista ei suoranaisesti huomionnut näitä riskejä välittäessään lääketietoutta ensimmäistä kertaa unilääkettä saavalle työikäiselle unettomalle. Tämä on vastoin muun muassa nykyistä lääkelakia (395/1987) ja apteekkitoiminnan eettisiä ohjeita (Suomen Apteekkariliitto 2005 s. 6), joiden mukaan apteekkihenkilökunnan tulee ammatissaan toimiessaan huolehtia lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä.

Unilääkeriippuvuuden ja -toleranssin riskit tulee huomioida lääkeneuvonnassa, koska ne ovat hoidollisesti merkittäviä asioita, jotka lääkkeen käyttäjän tulee tiedostaa. Asia pitää kuitenkin pystyä kommunikoimaan siten, että lääkkeen käyttäjä ymmärtää asian realistisesti ja että se auttaa häntä oman lääkeshoidon toteutuksen suunnittelussa, muttei estä lääkkeen käyttämistä. Tällaisten neuvontataitojen eteen on tehty töitä Suomessa jo vuosien ajan niin farmasian alan tutkimuksen, koulutuksen kuin opetuksenkin saralla, Tippa-projektin toimittuna näkyvänä asiakaskeskeisen lääkeneuvonnan veturina (Airaksinen ja Peura 2011).

Kuten kirjallisuusuosuudessa todettiin, asiakaskeskeisellä lääkeneuvonnalla tavoitellaan asiakkaan kannustamista ottamaan itse vastuuta hoidostaan ja tuetaan hänen selviytymistään (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 147-157). Tällaiseen lääkeneuvontaan kuuluu muun muassa huomion kiinnittäminen ohjeiden konkretisointiin ja perustelemiseen. Asiakkaan kanssa tulisi myös keskustella hoidon kestosta, lääkkeen ohjeenmukaisen käytön hyödyistä sekä lääkkeisiin liittyvistä haittavaikutuksista ja niiden ehkäisemisestä (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 14). Tällä tavoin farmaseutti ottaa vastuuta asiakkaan hoitotuloksen saavuttamisesta. Lisäksi on todettu, että

neuvonta tulee rajata hoidon alussa sen olennaisimpiin kohtiin, koska asiakas kykenee harvoin käsittelemään kerralla suurta yksityiskohtien määrää (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 203). Myös lääkepakkauksen annostusohje vaatii usein selventämistä (Hakkarainen ja Airaksinen 2002 s. 208).

Kuten jo edellä todettiin, asiakaskeskeistä lääkeneuvontaa hyödynnettäessä farmaseutti tarkistaa asiakkaaltaan sen, mitä tämä lääkeshoidostaan jo tietää. Toisaalta esimerkiksi unilääkeriippuvuudesta keskusteleminen sellaisen asiakkaan kanssa, joka on tätä asiaa läpikäynyt jo lääkärin kanssa, ei välttämättä ole kuitenkaan haitaksi. On nimittäin todettu, että esimerkiksi asenteisiin vaikuttaminen on tehokkaampaa, jos eri lähteet esittävät useita väitteitä kuin että yksi lähde esittää kaikki väitteet (Erwin 2005 s. 144).

Verrattaessa tähän väitöskirjatutkimukseen saatuja unilääkeneuvontaan liittyviä farmaseuttien vastauksia edellä esitettyihin tavoiteltavan lääkeneuvonnan kriteereihin, voidaan todeta, että farmaseuttien unilääkeneuvonnassa on vielä parantamisen varaa. Esimerkiksi ohjeita ei aina konkretisoitu, sillä ainoastaan muutama farmaseutti mainitsi vastauksessaan, mitä toleranssilla ja riippuvuudella tarkoitettiin unilääkkeiden kohdalla. Myös annosohjeen noudattamisen perusteleva selitys sai tässä aineistossa vähän huomioita. Niillä farmaseuteilla, jotka mainitsivat unilääkkeiden käytön pituuden, ei ollut myöskään tästä yhtenäistä käsitystä. Toisaalta tämä on ymmärrettävää, sillä esimerkiksi vuoden 2008 unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa ei oteta täsmällisesti kantaa unilääkityksen pituuteen. Lisäksi vain viidesosa tutkimukseen osallistuneista ilmoitti tarkentavansa tarvittaessa-sanan sisältöä kyseessä olevassa tapauksessa. Ehkä huomionarvoisinta farmaseuttien antamissa vastauksissa on se, etteivät kaikki farmaseutit maininneet keskustelleensa asiakkaansa kanssa unilääkkeisiin liittyvistä mahdollisista haittavaikutuksista, riippuvuudesta ja toleranssista.

Unilääkeriippuvuudesta ja siihen läheisesti liittyvästä toleranssista sekä unilääkkeen käytön tarpeellisuudesta tulisi keskustella asiakkaan kanssa jo ensimmäisellä kerralla lääkettä hänelle toimitettaessa. Tätä puoltaa muun muassa tieto siitä, että unettomat saattavat käyttää unilääkkeitä profylaktisesti (Bélanger ym. 2009). Lisäksi irlantilaistutkimuksessa todettiin, että potilaan psyykenlääkkeisiin liittyvällä haittavaikutustiedolla oli merkittävä vaikutus potilaan asenteisiin lääkitystään kohtaan (Agyapong ym. 2009). Onkin todettu että, jotta yksilö kykenisi tekemään hoitoonsa liittyviä tietoisia päätöksiä, hänellä tulee olla tietoa hoitoihinsa liittyvistä hyödyistä ja mahdollista haittoista (Fagerlin ym. 2010). Tietojen lisäksi hänen tulee ymmärtää hoitonsa toivotut ja mahdolliset haitalliset vaikutukset ja miten hän voi itse vaikuttaa näihin lääkeshoidon aikana.

Yhdessä kirjallisuuskatsauksessa on todettu, että farmasistien asiakkaille antamat neuvot olivat olleet todennäköisemmin reaktiivisia kuin proaktiivisia (Anderson ym. 2003). Tätä on selitetty ainakin siten, että farmasistien mielestä saattaa olla tungettelevaa esittää asiakkaalle tämän kannalta



mahdollisesti epämiellyttäviä neuvoja. Tässä väitöskirjatutkimuksessa ei verrattu keskenään unilääkeneuvontaa tapauksissa, joissa lääkettä toimitettiin asiakkaalle ensimmäistä kertaa tai toistamiseen. Mutta jos farmaseutti ei reagoi unilääkkeiden käyttöön proaktiivisesti, kasvaa riski sille, että hän tai joku muu farmaseutti joutuu myöhemmässä vaiheessa reagoimaan lääkkeen käyttöön reaktiivisesti. Tästä reaktiivisuudesta yhtenä esimerkkinä on *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kyselyn tulokset.

Unilääkkeiden riippuvuus- ja toleranssiriskien vuoksi farmaseuttien tulisi huomioida nämä unilääkkeisiin liittyvät ominaisuudet lääkeneuvonnassaan, erityisesti unilääkettä ensimmäistä kertaa saavan asiakkaan kohdalla, mutta ottaa asia esille muillakin lääkkeen toimittamiskerroilla. Tällä tavoin farmaseutit olisivat mukana omalta osaltaan ehkäisemässä unilääkkeisiin liittyvää mahdollista riippuvuuden ja toleranssin kehittymistä. Tästä hyötyisivät todennäköisesti ennen kaikkea unettomat, joita heräteltäisiin huomioimaan tämän riskin olemassaolo heidän päättäessään omasta unilääkkeen käytöstään. Hyötyjiä olisivat myös farmasistit ja muu terveydenhoitohenkilöstö yhteiskuntaa unohtamatta. Nimittäin yleisesti on todettu, että farmasistien antamasta neuvonnasta ja suosituksista on myös taloudellista hyötyä niin potilaalle kuin terveydenhuollollekin (Caballero ym. 2008).

Kuten kirjallisuuskatsauksessa jo aiemmin todettiin suomalaisapteekkien itsehoitolääkeneuvonnasta, oli haamuasiakastutkimuksien mukaan muun muassa neuvonnan laadussa edelleen parannettavaa (Suomen Apteekkariliitto 2011 ja 2012). Sama voidaan todeta myös tämän tutkimuksen perusteella tsopikloni-unilääkkeeseen liittyvästä lääkeneuvonnasta. Siten *Tippa*-projektin käytännön tavoitteet, joiden mukaan asiakkaan tulee saada aina laadullisesti hyvää ja tarkoituksenmukaista neuvontaa lääkkeidensä käytöstä riippumatta apteekista ja häntä palvelevasta farmasistista, ovat edelleen ajankohtaisia tavoitteita. Täten esimerkiksi *APILA*-hankkeen ja *Lääkehoidon päivä* -teemapäivän kaltaisilla tekijöillä on oma, perusteltu paikkansa farmasistien lääkeneuvontaan liittyvinä herättelijöinä unohtamatta erilaisia farmasisteille ammatillista koulutusta tarjoavia tahoja.

Farmaseuttien tulisi tiedostaa vieläkin paremmin oma, tärkeä vaikuttamiskeinonsa – lääkeneuvonta ja ottaa se unilääkkeiden kohdalla tehokkaampaan käyttöön. Farmaseuttien on vaikea puuttua unilääkkeiden määräämiskäytäntöihin, mutta heillä on mahdollisuus vaikuttaa unilääkkeiden käyttäjiin panostamalla unilääkkeen toimittamisen yhteydessä lääkeneuvontaan. Tämä on erityisen tärkeää niissä tapauksissa, joissa lääkärin ja potilaan välinen lääkekeskustelu on jäänyt vähäiseksi. Yhdessä yhdysvaltalaisessa potilaiden ja lääkäreiden välistä viestintää koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että lääkäreiden lääkitykseen liittyvä neuvonta oli ollut riittämätöntä lääkehoidon onnistumiseksi (Tarn ym. 2006). Erityisesti puutteita oli ollut lääkityksen kestoon ja haittavaikutuksiin liittyen.

Näyttää siltä, että useat potilaat arvostavat erityisesti suullista lääkeneuvontaa, ainakin lääkäreiltä, ja haluavat tietää erityisesti lääkkeisiinsä

liittyvistä mahdollisista haittavaikutuksista (Zwaenepoel ym. 2005, Grime ym. 2007). Tämän väitöskirjatutkimuksen filosofisena viitekehyksenä toimivan sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta tarkasteltuna kaikki merkittävä syntyykin keskusteluun perustuvissa vuorovaikutussuhteissa (Kuusela 2002 s. 61).

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineistoa tarkasteltaessa tulee huomioida, että todellisessa asiakaspalvelutilanteessa farmaseutit saattoivat antaa unettomille asiakkailleen konkreettisempia ja enemmän perusteluja sisältäviä neuvoja ilmaisten tutkimusvastauksissaan neuvonnan sisällön vain lyhyesti. Todennäköisesti todellisemman kuvan farmaseuttien lääketiedon välittämisestä olisi saanut havainnoimalla varsinaisia apteekkeissa tapahtuvia asiakaspalvelutilanteita. Tästä huolimatta voidaan todeta, että farmaseuttien unilääkeriippuvuuteen ja -toleranssiin liittyvässä lääketiedon välittämisessä on edelleen parantamisen varaa.

## **8.2.9 UNILÄÄKKEEN ANNOSOHJEEN YLITTÄMINEN**

### **8.2.9.1 Ei toimita uutta unilääke-erää**

Suurin osa niistä *Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen* -kyselyyn vastanneista, jotka ilmoittivat suoraan, etteivät toimittaneet uutta unilääke-erää kyseessä olevassa tapauksessa, olivat kehottaneet asiakastaan kääntymään lääkärin puoleen. Kuten tulososiossa todettiin, tiedonantajat mainitsivat yhteydenoton syiksi unilääkereseptiin liittyviä tekijöitä, unilääkkeen käytön lopettamisen sekä unettomuuden hoidon uudelleen arvioimisen.

Osa farmaseuteista myös mainitsi kieltäytymisen taustalla olevan kriteerin. Farmaseutit hyödynsivät unilääkkeitä uudelleen toimittaessaan muun muassa iteroituun lääkemääräykseen liittyviä toimittamisohjeita. Suomen Apteekkariliitolta tulleen ohjeistuksen mukaan iteroidun reseptin seuraava lääke-erä toimitetaan vasta, kun aiemmin toimitettu lääke-erä on annosohjeen mukaisesti käytettynä loppu (SALnet-tietokanta 2014. Farmaseuttinen tiedote 21/2002 27.11.2002). Fimean määräyksessä *Lääkkeiden toimittaminen* (5/2011) asia ilmoitetaan edellä esitettyä väljemmin. Tämän määräyksen mukaan, jos iteroituun lääkemääräykseen ei ole merkitty väliaikaa, apteekin tulee selvittää toimitusväli lääkemääräykseen merkityn annostusohjeen mukaan varmistaen lääkkeen oikea ja turvallinen käyttö. Samaisessa Fimean määräyksessä ei kuitenkaan edellytetä asiakkaalle PKV-lääkkeitä toimitettaessa tämän iteraatio-säännön noudattamista, jos lääkemääräyksessä ei ole merkintää iteroinnista.

Iteraatio-sääntöä yleisemmin farmaseutit olivat hyödyntäneet niin sanottua Kela-laskuria eli Kelan antamiin lääkekorvauksiin liittyvää toimitusvälijoustoa päättäessään kieltäytyä unilääkkeen uudelleen toimittamisesta. Tämän jouston mukaan asiakkaalle voidaan toimittaa

seuraava lääke-erä, kun annosohjeen mukaan laskettuna edellistä asiakkaalle toimitettua lääke-erää on jäljellä enintään noin 14 %. Tämän laskurin käyttö ei kuitenkaan ollut ehdotonta kaikille sitä käyttäneille.

Kela ei kuitenkaan edellyttänyt vuonna 2013 tämän laskurin ja siihen liittyvän toimitusvälijouston hyödyntämistä PKV-lääkkeitä toimitettaessa, sillä Sairausvakuutuslain 1224/2004 1 § mukaan vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista (Sairausvakuutuslaki 1224/2004). Onkin riskinä, että farmaseutin hyödyntäessä Kela-korvausta mahdollisesti tekosyynä unilääkkeen toimittamatta jättämiseksi, voidaan olla tilanteessa, jossa asiakas kieltäytyy korvauksesta ja asiakaspalvelutilanne ei etenekään farmaseutin oletaman tilannekäsikirjoituksen mukaisesti. Kela-korvaukseen vetoaminen ei myöskään onnistu sellaisten unilääkkeiden kohdalla, joista ei alun alkaenkaan ole mahdollisuutta saada kyseessä olevaa korvausta.

Tutkimustuloksissa todettiin myös, että uuden lääke-erän toimittamatta jättämiseen vaikutti joidenkin farmaseuttien kohdalla vetoaminen unilääkkeen liikkäytöstä aiheutuviin haittoihin. Tähän syyhyn vetoaminen osoittaa, että farmaseutti välittää, huolehtii unettomasta asiakkaastaan ja hyödyntää asiantuntijuuttaan. Tämä vetoaminen unilääkkeen mahdollisiin haittavaikutuksiin on asiakaskeskeisen lääkeneuvontamallin mukaista, mutta asiakaspalvelutilanteessa ainoastaan haittavaikutuksiin vetoaminen ei aina tuottane haluttua tulosta esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakas ei havaitse kokevansa lääkkeeseen liittyviä haittoja tai kyseenalaistaa farmaseutin asiantuntemusvallan. Jotta farmaseutti voisi hyödyntää asiantuntemusvaltaansa, olisi asiakkaan koettava farmaseutti uskottavana ja tunnustettava tämän oikeassa olo (Ahokas 2010 s. 203-204). Toisin sanoen asiakkaan tulee kokea farmaseutti kompetentiksi auktoriteetiksi, jonka asiantuntemukseen hän uskoo (Ylikoski 2000 s.18-22). Tässä väitöskirjatutkimuksessa nousi esille tällainen asiantuntijuuden kyseenalaistaminen.

Toisaalta farmaseuttien vastauksissa esittämät toteamukset siitä, että unilääkeannostusta ei saa itse muuttaa ja toteamukset asiakkaalle, että lääkettä on vielä jäljellä, ovat asiakkaan oman vastuun korostamista ja siten muun muassa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1326/2010 hengen mukaista. Mutta asiakkaan vastuun korostaminen tällä tavoin toteutettuna voidaan kuitenkin kokea myös syyllistämisenä, mikä ei ole asiakaskeskeisen lääkeneuvontamallin mukaista eikä välttämättä edistä asiakaspalvelutilanteen sujuvuutta. Sen sijaan huomion kiinnittäminen apteekin vastuuseen asiakasta syyllistämättä olisi parempi ratkaisu tilanteisiin, joissa lääkettä ei voida vielä asiakkaalle toimittaa. Tällä tavoin asiakas voi säilyttää kasvonsa ja apteekki osoittaa toimivansa velvollisuuksiensa mukaan. Tämä tässäkin tutkimuksessa joidenkin farmaseuttien mainitsema vetoaminen apteekin vastuuseen seurata unilääkkeen annosohjeen noudattamista ei ole suoranaisesti yhtä syyllistävä kuin edellä mainittu suora vetoaminen asiakkaan vastuuseen. Huomion kiinnittäminen apteekin rooliin unilääkekulutuksen seurannassa voitaisiin

nähdä viranomaistehtävänä ja siten legitiimin vallan käytön muotona, ja täten asiakkaan helpommin hyväksyttävissä oleva. Tämä kuitenkin edellyttää, että legitiimi valta perustuu asiakkaan sisäistämiin arvoihin, joilla farmaseutin asema oikeutetaan (Ahokas 2010 s. 203-204).

### 8.2.9.2 Lupa lääkäriltä

Edellä todettiin, että osa farmaseuteista käytti niin sanottua Kela-laskuria määrittäessään seuraavan unilääke-erän toimitusajankohdan. Farmaseutin hyödyntäessä tätä laskuria ja vedotessa lääkekorvauksiin tulisikin korvausten näkökulmasta ennen lääkkeen toimittamista selvittää lääkkeen tarpeellisuus. Tämä ehto toteutuikin niiden farmaseuttien kohdalla, jotka ilmoittivat kysyneensä lääkäriltä lupaa uuden unilääke-erän toimittamiseksi lääkettä annosohjetta enemmän käyttäneen asiakkaan kohdalla. Tämä lääkäriltä asian varmistaminen vastaa parhaiten niin asiakaskeskeistä lääkeneuvontamallia kuin Fimean määräystäkin lääkkeiden toimittamisesta. Asiakaskeskeisen lääkeneuvontamallin mukaan lääkeneuvonnassa on onnistuttu, kun asiakkaasta on pidetty huolta ja kun asiaa on selvitetty riittävän pitkälle (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 26).

Unilääkkeiden, joihin kuuluu myös osa bentsodiatsepiineista, kohdalla asiakkaasta hyvä huolehtinen saattaa olla erityisen tärkeää sellaisten potilaiden kohdalla, joilla on lääkeriippuvuus. Esimerkiksi tiedetään, että bentsodiatsepiinien 1-6 kuukauden käytön jälkeen tapahtuva lääkityksen yhtäkkinen lopettaminen voi aiheuttaa vakavia vieroitusoireita, kuten epileptisiä kohtauksia (Brett ja Murnion 2015). Vieroitusoireiden vuoksi lääkityksen lopettaminen tulisikin tapahtua asteittain, ja näiden oireiden lievittämisessä saatetaan joutua käyttämään myös lääkitystä.

Fimean *Lääkkeiden toimittaminen* (5/2011) -määräyksen mukaan väärinkäyttöön soveltuvaa lääkevalmistetta ei saa toimittaa ennen kuin on oltu yhteydessä lääkkeen määränneeseen lääkäriin lääkkeen oikean ja turvallisen käytön varmistamiseksi, mikäli epäillään väärinkäyttöä. Tässä kohdin ei oteta kantaa sanaan väärinkäyttö sen enempää kuin, että lääkkeen liikakäyttö voidaan myös tulkita lääkkeen väärinkäytöksi.

Tämä unilääkkeen toimittamiseen liittyvä rutiininomainen luvan kysyminen lääkäriltä voi olla apteekin näkökulmasta työläs, aikaa vievä menetelmä, ainakin mikäli se toteutetaan perinteisesti puhelimitse. Todennäköisesti se oli eräs syy siihen, miksi useat tähän tutkimukseen osallistuneet farmaseutit olivat kehottaneet asiakasta ottamaan itse yhteyttä lääkäriin asian selvittämiseksi. Taustalla voi myös vaikuttaa se, että paikkakunnalla ei ole sovittu apteekin ja lääkäreiden välisestä työnjaosta kyseessä olevassa tapauksessa tai sitten työnjako on sovittu siten, että apteekki lähettää unettoman asiakkaan lääkärin vastaanotolle asiaa selvittämään. Tämä työnjako ei kuitenkaan kuulunut tämän tutkimuksen aiheeseen, joten se jäänee myöhempien tutkimusten selvitettäväksi.

### 8.2.9.3 Toimittaa uuden unilääke-erän

Kuten edellä todettiin, useat uuden unilääke-erän toimittamisesta kieltäytyneet farmaseutit olivat kehottaneet unetonta asiakasta kääntymään lääkärin puoleen. Samalla tavoin olivat toimineet myös useat sellaiset farmaseutit, jotka toimittivat kyseessä olevassa tapauksessa asiakkaalleen lisää unilääkettä. Syynä sille, miksi farmaseuttien mielestä annosohjetta enemmän unilääkettä käyttäneelle unettomalle tuli uusi unilääke-erä toimittaa, oli joidenkin farmaseuttien mielestä unilääkkeisiin liittyvissä Kela-korvaussäännöissä tai toisin ilmaistuna Kelan toimitusväleihin puuttumattomuudessa.

Tämä Kelan puuttumattomuus apteekista toimitettaviin ei-korvattaviin ja peruskorvattaviin lääkkeisiin pitikin paikkansa tutkimusvuonna 2013, kunnes asiakkaan niin sanottu lisäkorvausraja ylittyi. Tämän lisäkorvausrajan ylittyessä kaikkia Kelan korvaamia lääkkeitä koski toimitusvälirajoitus, tämä edellä mainittu 14 % -sääntö. Mutta kuten tämän väitöskirjan kirjallisuusosuudessa todettiin, Kelan seurantaan kuuluvat kaikki valmisteet, joista potilaat saavat sairausvakuutuslakiin perustuvia korvauksia (suullinen tiedonanto 13.5.2015 Mari Rajamäki). Siten Kelassa huomioidaan, jos yksittäinen potilas hankkii joitakin lääkkeitä apteekista suuria määriä. Tämän seurauksena potilaan saamaa suorakorvausta apteekista voidaan rajoittaa niin sanotulla KT-merkinnällä, jonka vuoksi asiakkaalle ei voida antaa apteekin kautta Kela-korvausta.

Osa tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista siirsi vastuun unilääkkeen uudelleen toimittamisesta unilääkereseptin uusineelle lääkärille. Tässä tutkimuksessa selvisikin, että joidenkin farmaseuttien uuden unilääke-erän toimittamista rajoitti ainoastaan lääkärin lääkemääräykseen tekemä toimitusvälirajoitus. Lääkäreitä ei ole kuitenkaan nykyisin velvoitettu tekemään lääkemääräykseen merkintää lääkkeen aikaisimmasta toimitusajankohdasta, vaikka toisaalta asetus lääkkeen määrittämisestä velvoittaa lääkäreitä noudattamaan erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta määrätessään väärinkäyttöön soveltuvaa lääkettä. Apteekin vastuulle jää siten viime kädessä, kuten edellä todettiin, huolehtia muun muassa väärinkäyttöön soveltuvan lääkevalmisteen oikean ja turvallisen käytön varmistamisesta, mikäli epäillään lääkettä väärinkäytettävän.

Tämä oikean ja turvallisen käytön varmistaminen ei kuitenkaan toteudu tapauksessa, jossa farmaseutin unilääkkeen uudelleen toimittamista rajoittaa pelkästään lääkärin reseptiin tekemä merkintä toimitusajankohdasta. Voidaankin todeta, että tällöin farmaseutti ei ole kyseessä olevassa tapauksessa huolehtinut asiakkaan unilääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä, kuten muun muassa lääkelain (395/1987) 57 §:n 1 momentin mukaan apteekissa tulee tehdä. Hän ei ole myöskään huomionnut toiminnassaan sitä tosiseikkaa, että osa lääkkeistä voi päätyä muille käyttäjille kuin lääkemääräykseen kirjatulle henkilölle tai että lääkettä saatetaan käyttää esimerkiksi päihtymistarkoitukseen. Tiedetään nimittäin, että mikäli alkoholia ei lasketa mukaan, on rauhoittavien lääkkeiden, uni- ja

kipulääkkeiden väärinkäyttö huumeena suomalaisten toiseksi yleisin tapa huumautua (Metso ym. 2012 s. 20). Vuonna 2010 edellä mainittujen lääkkeiden väärinkäyttöä yleisempää oli vain kannabiksen käyttö.

Suomalaiselle aikuisväestölle, iältään 15-69- vuotiaille, 2000-luvulla suunnattujen, satunnaistettujen kyselytutkimusten mukaan 7 % suomalaisesta väestöstä oli käyttänyt tai kokeillut joskus elämänsä aikana unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnälliseen käyttöön (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Näiden tietojen valossa voidaan todeta, että farmaseuttien tulee lääkäreiden rinnalla osallistua väärinkäytön ehkäisyyn muun muassa seuraamalla unilääkkeiden toimitusvälejä, kuten osa tähän tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista tekikin. Toimitusvälien tasapuolinen seuraaminen ja reagoiminen tiheästi tapahtuviin unilääketoimituksiin olisi oikeudenmukaista. Sitä se olisi niin asiakkaita kuin myös farmaseuttikollegoja kohtaan, sen lisäksi, että apteekit eivät osallistuisi toiminnallaan unilääkkeiden päättymiseen väärään käyttöön.

Unilääkkeiden väärinkäyttöön liittyen ainoastaan kolme 51:stä tiedonantajasta, jotka ilmoittivat toimittavansa asiakkaalle uuden unilääke-erän, mainitsi unilääkkeen väärinkäyttöepäilyn estävän lääkkeen toimittamisen asiakkaalle. Kuten kirjallisuusosuudessa todettiin, Fimean lisäksi myös Suomen Apteekkariliitto on ohjeistanut apteekkeja vuosien varrella huomioimaan PKV-lääkkeiden toimittamiseen liittyvän erityisyyden. On todennäköistä, että useat tähän tutkimukseen osallistuneet farmaseutit vain unohtivat mainita väärinkäyttöepäilyn unilääkkeen toimittamista rajoittavana tekijänä tai ainakin tutkimuksen tekijä haluaa uskoa näin.

Toisaalta uuden unilääke-erän toimittamiselle ilmoitetut aikarajoitukset, kuten esimerkiksi lääkkeen toimittaminen asiakkaalle, jolla pitäisi olla lääkettä käyttämättä alle puolet edellisestä toimitusmäärästä, sen lisäksi, ettei toimituksia juurikaan rajoitettu joissakin suomalaisapteekeissa, antaa aihetta olettaa, että vuonna 2013 unilääkkeitä toimitettiin osasta suomalaisapteekkeja juurikaan puuttumatta niiden toimittamiseen. Täten ainakin osa suomalaisapteekeista on ollut osaltaan mahdollistamassa unilääkkeiden liikakäyttöä ja mahdollisesti myös unilääkkeiden päättymistä henkilöille, joille niitä ei ole edes alun alkaen tarkoitettu.

Tutkimustulosten yhteenvetona voidaan todeta, että suomalaisilla farmaseuteilla oli hyvin erilaisia käytäntöjä toimia kyseessä olevassa tapauksessa. Tästä syystä johtuen voidaankin väittää, että apteekkien unettomat asiakkaat voivat saada hyvin erilaista, epätasa-arvoistakin kohtelua, johon vaikuttaa monenlaiset tekijät, jopa asiakkaan ulkoinen olemus. Jotta apteekin unettomat asiakkaat saisivat apteekista ja farmaseutista riippumatta tasalaatuista palvelua ja yhdenvertaista kohtelua sen lisäksi, etteivät unilääkkeet päätyisi henkilöille, joille niitä ei ole tarkoitettu, tulisi unilääkkeiden toimittamiseen liittyviä käytäntöjä apteekkeissa yhtenäistää. Tutkimuksen tekijä ehdottaakin, että lääkäreitä veloitettaisiin kirjaamaan sähköiseen lääkemääräykseen PKV-lääkkeiden osalta reseptin aikaisin toimitusajankohta, josta apteekki ei voisi poiketa.

Toisena vaihtoehtona tai tämän lisäksi voitaisiin kehittää PKV-laskuri, jonka avulla apteekissa määritettäisiin PKV-lääkkeen toimitusajankohta. Jotta PKV-laskuria käytettäisiin kaikissa Suomen apteekeissa samalla tavoin, tulisi lääkkeen toimitusajankohta huomioida lainsäädännössä.

Lainsäädännön avulla unilääkkeiden toimittamisesta tulisi vieläkin yhtenäisemmin normisidonnaista. Tämä hyödyttäisi niin asiakkaita kuin niitä farmaseutteja, joiden apteekeista puuttui kyseessä olevaa tapausta koskeva toimintaohje tai yhteisesti sovittu käytäntö. Toisaalta lainsäädännön avulla unilääkkeiden toimittamiseen liittyvät käytännöt yhtenäistyisivät myös niissä tapauksissa, joissa apteekissa on toimintaohje tai yhteinen käytäntö, mutta sitä ei jostakin syystä kuitenkaan noudateta, kuten tässä tutkimuksessa ilmeni. Apteekin kannalta todennäköisesti vähiten työläin vaihtoehto edellä esitetyistä olisi ensimmäinen vaihtoehto, edellyttäen, että asiakkaalla on jo ennen apteekkiin saapumista tiedossa tämä lääkkeen aikaisin toimitusajankohta.

Lisäksi olisi hyödyllistä niin unettoman asiakkaan kuin farmaseutinkin kannalta, jos unilääkettä annosohjetta enemmän käyttäneelle olisi apteekissa tarjolla useampia itsehoitovalmistevaihtoehtoja. Esimerkiksi melatoniini jäi tähän tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien keskuudessa vähälle huomiolle. Ainoastaan 10 farmaseuttia 241:stä mainitsi melatoniinin tämän kyselyn yhteydessä. Tähän vähäiseen määrään todennäköisesti vaikutti se, että ilman lääkemääräystä saatavaa melatoniinia oli ollut laajemmin apteekista saatavana keväällä 2013 vasta muutaman kuukauden ajan. Täten melatoniinin tarjoaminen vaihtoehdoksi kyseessä olevassa tapauksessa ei todennäköisesti ollut vielä kaikilla farmaseuteilla rutiininomaista toimintaa. Tätä selitystä puoltaa muun muassa se seikka, että *Melatoniini ja valeriana* -kyselyyn osallistuneista farmaseuteista osa ilmoitti, ettei ollut vielä myynyt melatoniinivalmisteita. Jos samainen tutkimus tehtäisiin esimerkiksi vuonna 2017, farmaseutit todennäköisesti huomioisivat melatoniinin tässä tutkimuksessa esitettyä useammin muun muassa sen vuoksi, että melatoniinivalikoima niin valmistajien kuin melatoniinivahvuuksienkin suhteen on edelleen laajentunut vuodesta 2013.

Toisaalta vaikka tässä tutkimuksessa farmaseutit eivät nostaneet esille toivetta unettomuuden itsehoitovalmisteiden valikoiman lisäämiseksi, voitaisiin myös suomalaisissa apteekeissa ottaa doksylamiinia sisältävä antihistamiini unettomuuden hoidon avuksi, niin sanotuksi LVI- eli lisäneuvontaa vaativaksi itsehoitolääkkeeksi. Tutkimuksen tekijän tietojen mukaan muualla Euroopassa tätä väsyttävää, Suomessa myyntiluvan syksyllä 2013 saanutta, antihistamiinia on saatavana unettomuuden hoitoon ilman lääkemääräystä. Tällä tavoin farmaseutilla olisi enemmän vaihtoehtoja auttaa muun muassa sellaista unetonta asiakasta, jolla ei ole lääkemääräystä unilääkkeeseen tai jolle sitä ei voida syystä tai toisesta vielä toimittaa.

### **8.2.10 UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN HYVÄKSYTTÄVYYS FARMASEUTIN NÄKÖKULMASTA**

Tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan farmaseuttien välillä oli eroja suhtautumisessa unilääkkeisiin ja niiden käyttämiseen. Tutkimusaineiston perusteella voidaan todeta, että farmaseuteissa oli niitä, jotka suhtautuivat näihin lääkkeisiin ja niiden käyttämiseen sallivammin ja niitä, jotka olivat selvästi kriittisempiä.

Farmaseuttien väliset erot ilmenivät muun muassa siinä, minkälaisissa tilanteissa he hyväksyivät unilääkkeiden käytön ja kuinka kauan niitä oli sopivaa käyttää. Voidaan myös todeta, että farmaseuttien välillä oli suhtautumiseroja siinä, miten unilääkkeiden hyödyt ja haitat painottuivat heidän näkemyksissään.

Farmaseuttien suhtautumiseen unilääkkeiden käyttöön vaikuttikin niiden käytön hyötyjen ja haittojen tiedostaminen. Osa niistä farmaseuteista, jotka kokivat unilääkkeistä olevan unettomalle hyötyä, suhtautuivat unilääkkeiden käyttämiseen myönteisemmin kuin ne farmaseutit, joiden vastauksissa koroistuivat unilääkkeisiin liittyvät haitat. Tämän tutkimuksen mukaan tämä yhtäläisyys ei kuitenkaan ollut aivan yksiselitteistä, sillä osa unilääkkeiden haittavaikutuksista maininneista farmaseuteista myös hyväksyi unilääkkeiden käyttämisen. Tätä edellä mainittua ristiriitaisuutta voidaankin selittää muun muassa sillä, että yksilö voi olla hyvin ristiriitainen ajatuksineen, koska ei ole olemassa välttämättä yhtä yksioikoista totuutta, vaan tämä totuus voi sisältää hyvinkin ristiriitaisia aineksia (Suoninen ym. 2011 s. 61-62).

Osalla farmaseuteista oli mustavalkoinen suhtautuminen tilanteisiin, jolloin unilääkkeiden käyttäminen koettiin hyväksyttävänä. Esimerkiksi näkemykset, joiden mukaan vuorotyö tai poikkeava elämäntilanne olivat tekijöitä, joiden vuoksi oli sallittua käyttää unilääkkeitä, jättää huomiotta monenlaiset muut unettomuuden syyt ja taustalla vaikuttavat tekijät kuten idiopaattisen unettomuuden. Sen sijaan näkökulman vaihtaminen unettomuuden syistä unettomuuden seurauksiin, koskemaan työelämässä pärjäämistä ja arjessa jaksamista, laajensi farmaseuttien unilääkkeiden käytön hyväksymisperusteita. Yhdessä tutkimuksessa onkin todettu, että unettomat toivoivat unettomuuden syiden lisäksi hoidossa keskityttävän myös itse unettomuuden varsinaiseen hoitoon – ei pelkästään syiden poistamiseen, sillä tämän tutkimuksen mukaan unettoman päällimmäisenä huolena oli usein itse unettomuusoire, jonka he toivoivat priorisoitavan (Davy ym. 2015).

Farmaseuttien tässä väitöskirjatutkimuksessa mainitsemat unettomuuden syyn selvittäminen ja sen hoitaminen, unilääkkeiden lyhytaikainen käyttö ja unilääkkeiden toissijaisuus lääkkeitömiin unettomuuden hoitokeinoihin nähden ovat vuoden 2008 unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksen ja siten virallisen normin mukaista unettomuuden hoitoa. Sen sijaan unilääkkeiden laajamittaisemman, säännöllisen, jatkuvan käytön hyväksyminen ja unilääkkeiden käytön tarkastelu unettoman subjektiivisesta näkökulmasta eivät selity farmaseutin viralliseen unettomuushoitonormiin nojaavalla ajattelulla. Tämän tutkimuksen mukaan farmaseuttien unilääkkeisiin



sallivamman suhtautumisen taustalta löytyy juuri yhtenä tekijänä unettomuuden ja sen seurausten tarkasteleminen unettoman näkökulmasta. Tässä kohdin voitaneen puhua farmaseutin ajattelun arvo-ohjautuneisuudesta ammattiasiantuntijuuteen liittyvän normiohjautuneisuuden sijaan.

Sallivampi suhtautuminen unilääkkeiden käyttämiseen saattaa helpottaa farmaseutin työskentelyä unettomuuden hoidossa. Tässä väitöskirjatutkimuksessa ja Nordlundin opinnäytetyössä (2011) osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että unilääkkeitä käytettiin liian paljon ja liian kauan. Mikäli nämä toteamukset siitä, että keväällä 2013 ja talvella 2010 eivät normin mukaiset unettomuuden hoitokäytännöt toteutuneet, on todennäköistä, että sallivammin unilääkkeiden käyttämiseen suhtautuvat kokivat vähemmän ristiriitaa ja siten hyötyivät sallivammasta asennoitumisestaan unilääkkeisiin ja niiden käyttöön. Tämä päätelmä perustuu kognitiiviseen konsistenssiteoriaan (Erwin 2005 s. 87), jonka mukaan yksilöt pyrkivät ylläpitämään johdonmukaisuutta asenteidensa ja käyttäytymisensä välillä. Tämän teorian mukaan tasapainon pettäminen aiheuttaa aina epämiellyttävää stressiä. On myös todettu, että kun yksilö toimii arvojensa mukaisesti, tehdyt ratkaisut tuntuvat oikeilta (Puohiniemi 2002 s. 5-6) ja että poikkeaminen omista arvoista aiheuttaa kokijalleen mielipahaa (Allardt 1985 s. 55). Täten voidaan vastaavasti ajatella, että farmaseutti, jolle normien noudattaminen on tärkeää, kokee ristiriitaa tilanteessa, jossa unilääkkeitä määrätään ja käytetään suositusten vastaisesti. Vastaavassa tilanteessa farmaseutti, joka suhtautuu unilääkkeiden käyttöön sallivasti ja jolle vallitsevien normien noudattaminen ei ole hänen arvojärjestelmässään tärkeällä sijalla, ei koe merkittävää ristiriitaa ja siten mielipahaa.

Tutkimuksen tekijä ehdottaakin, että kriittisimmin unilääkkeisiin ja niiden käyttämiseen suhtautuvat farmaseutit tarkastelisivat uudestaan suhtautumistaan vastaamaan paremmin terveydenhuollossa vallitsevaa senhetkistä tilannetta. Lisäksi farmaseuttien tulisi tiedostaa ja hyväksyä se tosiasia, että käytäntö ja suositukset eivät ole aina keskenään ristiriidattomia. Esimerkiksi tiedetään, että jotkut unettomat tarvitsevat unilääkkeitä ja hyötyvät niiden pitkäaikaiskäytöstä ja että unilääkkeet tuovat akuuttiin unettomuuteen yleensä nopeammin avun verrattuna lääkkeettömiin hoitomuotoihin, joiden pitempiaikainen teho taas on tavallisesti lääkkeellistä hoitoa parempi (Morin ja Benca 2012). Unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttö ja niiden suosiminen akuutin unettomuuden hoidossa eivät ole *Käypä hoito* -suosituksen mukaisia käytäntöjä, mutta joidenkin unettomien kohdalla ne voivat olla unettomuuden asianmukaista hoitoa (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015).

Lisäksi huomion keskittäminen unilääkkeiden aiheuttamiin haittavaikutuksiin, kuten unilääkkeen käytön mahdollisiin seuraavan päivän negatiivisiin vaikutuksiin, vie huomion pois siltä tosiasialta, että vain osa unilääkkeiden käyttäjistä saa haittavaikutuksia. Sen sijaan unettoman kokiessa lääkkeen helpottavan hänen unettomuuttaan tilanteessa, jossa

parempiakaan vaihtoehtoja ei ole saatavilla tai niiden käyttöä ei ole jostakin syystä mahdollista toteuttaa, tulisi tähän subjektiiviseen kokemukseen luottaa silläkin uhalla, että osalle unettomista aiheutuu lääkkeen käytöstä haittavaikutuksia.

Tutkimuksen tekijä suosittelee, että farmaseutit suhtautuisivat unettomuuden niin akuuttiin kuin pitkäaikaiseenkin lääkehoitoon vähemmän kielteisesti hyväksyen näin lääkärin ja potilaan yhteisen päätöksen unettomuuden hoidosta. Farmaseuttien tulisi kuitenkin omassa lääkkeettömässä ja lääkkeisiin liittyvässä neuvontatyössään edistää unilääkkeiden hoitosuosittelun mukaista käyttöä. Tästä sallivasta suhtautumisesta hyötyisivät niin unettomat asiakkaat kuin farmaseutit itsekkin muun muassa siten, että asiakkaan ja farmaseutin välinen vuorovaikutus olisi aito - farmaseutti kykenisi aidosti osallistumaan asiakkaansa unilääkkeen oikean ja turvallisen käytön tukemiseen tuntematta ristiriitaa asenteensa ja toimintansa välillä.

### **8.2.11 YMMÄRRYS JA TUNTEET UNETTOMIA JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJIÄ KOHTAAN**

#### **Ymmärrys**

Hyväksyi farmaseutti unilääkkeiden käytön tai ei, oleellista hyvän, luottamuksellisen apteekissa toteutuvan asiakaspalvelusuhteen syntymiselle on farmaseutin ja asiakkaan välinen ymmärrys. Tämä ymmärrys on muun muassa vaikuttamassa empatian taustalla, ja toisaalta molemminpuolinen ymmärrys mahdollistaa palvelutilanteen sujuvan etenemisen. Kuten tutkimuksen tulossiosiossa todettiin, osa farmaseuteista ilmaisikin ymmärtävänsä unettomuutta ja/tai unilääkkeiden käyttäjiä vedoten oman ja lähipiirin kokemusten lisäksi unettomuuden syihin, seurauksiin ja yleensäkin unen tärkeyteen.

Jotta farmaseutti kykenisi tukemaan unetonta asiakastaan tämän unettomuuden hoidossa, on oleellista, että hän on tietoinen mistä unettomuudessa on kyse, sillä kyse ei ole unettoman kannalta välttämättä pienestä vaivasta. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa on todettu, että unettomat kokivat itsensä ulkopuolisiksi, joita muut, ystävät ja perhe mukaan lukien, eivät ymmärtäneet (Kyle ym. 2010). Heillä oli tunne leimatuiksi tulemisesta, minkä vuoksi unettomuudesta ei välttämättä puhuttu muille. He olivat myös sitä mieltä, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät suhtautuneet riittävän vakavasti unettomuuteen itsenäisenä ongelmana. Unettomuuden koettiin myös heikentävän heidän pärjäämistään niin ammatillisesti kuin sosiaalisestikin. He kokivat joutuvansa eristäytymään sosiaalisesti unettomuutensa vuoksi, koska eivät halunneet ottaa riskejä, jotka saattaisivat kostautua unettomuuden ja sen seurauksien muodossa. Samaisessa tutkimuksessa todettiin, että unettomat antoivat

unettomuudelle merkittävän roolin elämässään. Osa unettomista oli sitä mieltä, että unettomuuden poistuminen ratkaisisi monta heidän ongelmaansa.

Toisessa tutkimuksessa todettiin lisäksi, että unettomuudella voi olla vaikutuksia parisuhteeseen (Cheung ym. 2014). Unettomuuden vuoksi saatetaan päätyä kumppanin kanssa erillisiin makuuhuoneisiin tai noudattaa nukkumisen suhteen erilaista aikataulua. Muun muassa kaiken tämän edellä esitetyn ja väitöskirjan kirjallisuusosuudessa mainitun tiedostaminen voi helpottaa farmaseuttia ymmärtämään laajemmin, mistä unettomuudessa on kyse.

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston perusteella ei voida päätellä syvällisesti sitä, mistä johtui joidenkin farmaseuttien unettomuuteen liittyvä ymmärtämättömyys. Oliko kyse farmaseutin kokemasta ristiriidasta unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksen ja unettomuuteen liittyvien nykyhoitokäytäntöjen välillä? Vai oliko kyse edellä mainittujen tekijöiden, kuten oman tai lähipiirin kokemusten puutteesta vai unettomuuteen liittyvästä tiedonpuutteesta? Nämä ovat tutkimukseen annettujen vastausten perusteella eräitä todennäköisiä syitä ymmärtämättömyyden taustalla. Tämän asian perusteellisempi selvittäminen jää kuitenkin tulevien tutkimusten tehtäväksi.

Farmaseuttien unettomuuteen liittyvän asiantuntemuksen lisääminen koulutuksen avulla ja farmaseuttien roolin laajentaminen unettomuuden hoidossa voisivat olla ainakin eräitä ratkaisuja tilanteen muuttamiseksi. Skotlantilaistutkimuksessa on nimittäin todettu, että kouluttautuminen vaikutti myönteisesti farmasistien asenteisiin huumeriippuvaisia kohtaan (Matheson ym. 2016). Lisäksi omakohtaiset kokemukset huumeriippuvaisille tarjottavista palveluista olivat olleet myötävaikuttamassa siihen, että farmasistien asenteet huumeriippuvaisia kohtaan olivat kehittyneet myönteiseen suuntaan. Myös yhdessä uusiseelantilaistutkimuksessa on saatu vastaavanlainen tutkimustulos tutkittaessa farmasistien asenteita (McCormick ym. 2006). Toisaalta on todettu, että yksi yksittäinen, perinteinen koulutusilta ei vielä välttämättä riitä asennemuutoksen aikaansaamiseksi (Jones ym. 2005). Sen sijaan farmasistien omakohtaiset kokemukset erilaisten palveluiden tarjoamisesta huumeriippuvaisille näyttivät lisäävän heidän myönteistä suhtautumistaan roolinsa laajentamisessa ja siten huumeriippuvaisten hoidon tukemisessa (Sheridan ym. 2007). Vaikka huumeriippuvuus ja unilääkkeiden käyttäminen eivät ole sama asia ja siten huumeriippuvuuteen liittyvien tutkimusten tulokset eivät välttämättä ole siirrettävissä unilääkkeiden käyttämiseen, liittyy sekä huumeiden että unilääkkeiden käyttämiseen yhdistävänä tekijänä esimerkiksi häpeää ja leimaantumista.

## **Tunteet**

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että unettomuus ja unilääkkeiden käyttäminen olivat farmaseuteissa niin myönteisiä kuin kielteisiäkin tunteita herättäviä aiheita. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulee kuitenkin huomioida, että farmaseutit kirjoittivat vastauksissaan tunnekokemuksistaan, jotka eivät välttämättä välity asiakkaalle asti käyttäytymisessä ja tunneilmaisuihissa. Toisaalta on todettu, että toisten ihmisten kohtaaminen herättää yksilössä nopeasti erilaisia myönteisiä ja kielteisiä tunnereaktioita ja että nämä yksilössä heränneet tunteet vuorostaan ohjaavat sitä, miten yksilö tulkitsee kohtaamista seuraavaa sosiaalista vuorovaikutusta (Nummenmaa 2010 s. 52).

Toisaalta tietoisista tunnekokemuksista on todettu, että niiden myötä yksilön on mahdollista reagoida ulkoisiin tapahtumiin tahdonalaisesti ja näin tehostaen mahdollisia automaattisia reaktioita tai muuttaen niitä (Nummenmaa 2010 s. 16-19). Täten farmaseutin tiedostaessa tunteensa, hänellä on myös mahdollisuus vaikuttaa niin tunteisiinsa, tilanteesta ja asioista tekemiinsä tulkintoihinsa kuin käyttäytymiseensäkin.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa todettiin, että esimerkiksi unilääkkeitä käyttävän asiakkaan unilääkeriippuvuus herätti toisessa farmaseutissa myönteisenä, pahoittelevana ilmaisuna tarkoitettua sääliä, kun taas toisessa farmaseutissa ärtymystä tai turhautumista. Yksilöiden välillä onkin todettu olevan eroja siinä, miten erilaiset tunteita laukaisevat tekijät tulkitaan (Clore ja Huntsinger 2009). Se mistä tulee yksilölle tunteen aiheuttava tekijä, riippuu muun muassa siitä, minkä merkityksen yksilö tälle tekijälle antaa. Lisäksi on todettu, että tunteisiin ei välttämättä vaikuta pelkästään yksi yksittäinen laukaisija, vaan myös muut samanaikaiset yksilöön vaikuttavat tekijät ovat mukana tunteen laukaisijan tulkinnessa. Edellä esitettyyn vedoten voidaan ajatella, että esimerkiksi kielteisesti unilääkeriippuvaan henkilöön suhtautuvan farmaseutin ärtymyksen taustalla ei vaikuta pelkästään unilääkkeitä käyttävä asiakas, vaan myös apteekin alimitoitettu henkilökunnan määrä ja sen mukanaan tuoma kiire.

Tässä tutkimuksessa myönteisten tunteiden taustalta löytyi unettomuuteen liittyvää omaa kokemusta sekä tietoutta unesta ja unettomuudesta. Sen sijaan tämän tutkimuksen mukaan kielteisten tunteiden taustalla on toisaalta unettomuuteen liittyvää ymmärtämättömyyttä ja toisaalta farmaseutin kokemaa unettomuuden hoidon haasteellisuutta ja ristiriitaisuutta. Onkin mahdollista, että näiden farmaseuttien mainitsemien kielteisten tunteiden taustalta löytyy huonoja, omakohtaisia kokemuksia unettomista asiakkaista. Onkin todettu, että monien kielteisten asenteiden taustalla on traumaattisia, omakohtaisia kokemuksia (Erwin 2005 s. 36). On myös mahdollista, että farmaseutin tärkeänä pitämät arvot ovat vaikuttamassa siihen, miten hän unettomaan, unilääkkeitä käyttävään asiakkaaseen suhtautuu. Esimerkiksi on mahdollista, että farmaseutti, joka pitää suvaitsevuutta, auttavaisuutta ja vastuuntuntoa itselle tärkeinä arvoina, suhtautuu unilääkkeitä käyttävään asiakkaaseen toisin kuin farmaseutti, jolle

tottelevaisuudella on tärkeä merkitys. Näistä edellä mainituista arvoista auttavaisuus ja vastuuntunto kuuluvat hyväntahtoisuusarvoihin, suvaitsevaisuus universalismiarvoihin ja tottelevaisuus yhdenmukaisuusarvoihin (Helkama ym. 2013 s. 184). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkittu kyselyyn vastanneiden farmaseuttien itselleen tärkeinä pitämiä arvoja. Niiden tutkimiseksi on olemassa omat mittarinsa, joista yksi tunnetuimmista on Schwartzin arvomittari (Puohiniemi 2002 s. 370).

Tutkimuksessa esitetyt kielteiset tunteet, kuten ärtymys, turhautuminen, halveksunta, vähättely sekä epäluulo, kuuluvat moraalisiin emootioihin. Kuten tämän väitöskirjan kirjallisuusosuudessa todettiin, moraalisten emootioiden taustalla vaikuttaa yksilön käyttäytymisen arviointi suhteessa yleisesti hyväksyttyihin normeihin (Helkama ym. 2013 s. 173). Lisäksi on todettu, että normien vastaisesta toiminnasta voi seurata esimerkiksi moraalista vihaisuutta norminrikkooja kohtaan. Tässä tutkimuksessa esiin nousseet, farmaseuttien kokemat, ärtymys, turhautuminen ja halveksunta voidaankin tulkita juuri tällaiseksi moraaliseksi vihaisuudeksi, jota osa farmaseuteista tunsi joitakin unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan.

Vaikka farmaseutit kirjoittivat vastauksissaan tunnekokemuksistaan, on mahdollista, että nämä tunteet ovat välittyneet asiakkaalle halusi farmaseutti sitä tai ei. Kirjallisuusosuudessa todettiin, että tunteet eivät ole pelkästään yksilön subjektiivisia kokemuksia, vaan tunteisiin liittyy niiden jaettavuus erilaisten ulospäin näkyvien tunneilmaisujen välityksellä (Butler ja Gross 2009, Boiger ja Mesquita 2012). Muun muassa tämän vuoksi farmaseuttien työhön kuuluu tunnetyön tekeminen. Hakkarainen ja Airaksinen (2001 s. 65) toteavatkin kirjassaan *Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas*, että farmaseutti on tunnetyöläinen. Apteekissa tapahtuvalla tunnetyöllä on syvämerkitys, jos hyväksytään väite, jonka mukaan kaikella vuorovaikutuksella toisten kanssa on olennainen merkitys yksilön käsityksen kehittymiselle itsestään (Suoninen ym. 2011 s. 127).

Tässä tutkimuksessa farmaseuttien esiin nostamat myönteiset tunteet unettomia ja unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan ovat apteekin tunnesääntöjen mukaisia. Sen sijaan tutkimuksessa esiin nousseet kielteiset tunteet eivät ole nykyisten, apteekissa vallitsevien tunnesääntöjen mukaisia. Kielteisesti tuntevien farmaseuttien tuleekin muokata tunteitaan tai ainakin heidän tulee pyrkiä välttämään aitoja, kielteisiin tunteisiinsa liittyviä tunneilmaisuja. Tunneilmaisujen muokkaamisesta onkin todettu, että yksilö kykenee halutessaan teeskentelemään ja muokkaamaan muun muassa kasvonilmeitään esimerkiksi ylläpitääkseen sosiaalista vuorovaikutusta tai muokatakseen sitä (Nummenmaa 2010 s. 95-97). Mutta tällainen kasvonilmeiden teeskenteleminen ja muokkaaminen ei ole kuitenkaan aina helppoa ja uskottavaa. Toisaalta on todettu, että ilmeiden teeskenteleminen ja muokkaaminen saattavat onnistuakin, sillä kasvoilla esitettävät ilmeet havaitaan kokonaisuutena (Calder ym. 2000). Ratkaisevaa tälle edellä esitetylle on yksilön tunteeseen liittyvä tietoisuus, jolla on merkittävä rooli tunteiden säätelyssä (Lerner ym. 2015). On todettu, että tietoisuus niin

tunteesta kuin sen aiheuttajastakin sekä niiden ymmärtäminen mahdollistavat tarkoituksenmukaisen tunteiden säätelyn.

Tässä tutkimuksessa farmaseuttien mainitsemia myönteisiä tunnekokemuksia ei kannata peitellä apteekin asiakaspalvelutilanteessa, sillä tunteista on todettu, että ne voivat olla keskeinen tekijä ihmismielten synkronointia (Nummenmaa 2010 s. 130-133, Kappas 2011, Rimé 2009). Sen sijaan farmaseuttien tulisi muokata omia kielteisiä tunteitaan asiakaspalveluun paremmin sopiviksi tai ainakin peitellä näihin tunteisiin mahdollisesti liittyviä tunneilmaisujaan, niin verbaalisia kuin kasvoihin ja kehonkieleenkin liittyviä.

Tunneilmaisujen peittämisen onkin todettu olevan melko yleistä sosiaalisen vuorovaikutuksen aikana (Gross ja John 2003). Tällaisesta tunneilmaisujen peittämisestä on myös todettu, että se voi häiritä ihmisten välistä viestintää (Butler ym. 2003) ja haitata yksilön kognitiivisia toimintoja (Richards ja Gross 2000, Butler ym. 2003, Nummenmaa 2010 s. 104, Lerner ym. 2015). Sen sijaan vähemmän kuormittavana tunteidensäätelymenetelmänä pidetään esimerkiksi tunteen aiheuttajan uudelleenarviointia, sen merkityksen tarkastelemista uudesta näkökulmasta (Lerner ym. 2015).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa ei tutkittu yksilön ajattelun ja tunteiden välistä suhdetta. Yleisesti tiedetään, että tunteet vaikuttavat merkittävästi ajattelutoimintaan, mutta ajattelulla tunteisiin vaikuttaminen on huomattavasti rajallisempaa (Nummenmaa 2010 s. 47). Asiakaspalvelutilanteita varten on myös hyödyllistä tietää, että kielteisen tunteen aikana ajattelutoiminta on selvästi rajoittuneempaa kuin myönteisen tunteen aikana (Clore ja Huntsinger 2009, Forgeard 2011, Lerner ym. 2015). Esimerkiksi on todettu, että viha ja inho lisäävät todennäköisyyttä, että yksilö hyödyntää ajattelussaan stereotypioita (Clore ja Huntsinger 2009, Lerner ym. 2015). Ajatteluun liittyen on lisäksi esitetty, että myönteiset tunteet lisäävät luovaa ajattelua (Fredrickson 2001).

Edellä esitetyn perusteella voidaankin todeta, että farmaseutin tuntiessa unettomia asiakkaitaan kohtaan esimerkiksi vähättelyä, epäluuloa, halveksuntaa, ärtymystä tai turhautumista, hän lähtisikin tarkastelemaan asiaa oman näkökulman sijasta asiakkaan näkökulmasta, arvioisi asiakkaan tilanteen uudelleen. On myös todennäköistä, että kielteisiä tunteita unilääkkeiden käyttäjiä kohtaan tuntevat farmaseutit hyötyisivät syvällisemmästä perehtymisestä unettomuuteen ja sen hoitamiseen. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan nimittäin todeta, että farmaseutti ei ollut aina, ainakaan ajatuksissaan, tieteellisiin näyttöihin perustuviin tosiasioihin nojaava asiantuntija tai empaattinen asiakaspalvelija. Hän voi koulutuksestaan huolimatta suhtautua unettomaan, unilääkkeitä käyttävään asiakkaaseen vähemmän myönteisesti, ainakin omassa mielessään. Näiden ajatusten ei kuitenkaan välttämättä tarvitse näkyä asiakaspalvelutilanteessa. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu sitä, miten farmaseutin kokemat tunteet välittyivät vai välittyivätkö ne ollenkaan asiakkaalle.

Voidaan kuitenkin todeta, että myönteinen suhtautuminen unetonta ja unilääkkeiden käyttäjää kohtaan luo hyvän pohjan asiakkaan ja farmaseutin väliselle yhteistyölle. Sen sijaan kielteiset tunteet asiakasta kohtaan voivat haitata apteekeissa tapahtuvaa palvelutilannetta ja ovat osoitus farmaseutin sekä empatian että tiedon puutteesta.

## **8.2.12 FARMASEUTTIIEN NÄKEMYKSIÄ LÄÄKÄREIDEN TOIMINNASTA**

### **8.2.12.1 Unilääkkeitä määrätään liian helposti**

Väitöskirjan tulososiossa todettiin, että farmaseutit arvostelivat lääkäreitä unettomuuden hoitokäytäntöjen vuoksi. Farmaseutit mainitsivat lääkäreiden muun muassa määräävän potilailleen unilääkkeitä liian helposti. Myös kanadalaistutkimuksen mukaan farmasistit arvostelivat lääkäreitä liiallisesta bentsodiatsepiinilääkkeiden määräämisestä (Pérodeau ym. 2016). Lääkäreiden lääkemääräämiskäytäntöjä eivät ole kritisoineet ainoastaan farmasistit, vaan myös potilaat ovat arvostelleet lääkäreitä. Australialaistutkimuksessa todettiin, että lääkärit saivat potilailta moitteita muun muassa sen vuoksi, että he antoivat potilaalle liian vähän tietoja bentsodiatsepiinilääkityksestä, määräsivät lääkkeen liian helposti ja lääkemääräys kirjoitettiin tapaamatta potilasta (Parr ym. 2006).

Selityksiä sille, miksi unilääkkeitä ja niihin kuuluvia bentsodiatsepiineja määrätään joidenkin mielestä runsaastikin, lienee monia. Lääkärit ovat todenneet uni- ja bentsodiatsepiinilääkkeisiin liittyvistä omista lääkkeenmääräämiskäytännöistään muun muassa, että potilaan muut sairaudet ja ongelmat lisäävät todennäköisyyttä, että resepti kirjoitetaan (Šubelj ym. 2010). Toisaalta on todettu, että lääkärin kokema suuri työmäärä lisää todennäköisyyttä, että resepti kirjoitetaan ilman parempaa perehtymistä potilaaseen. Yleislääkäreiden lääkemääräämiskäytäntöihin on todettu vaikuttavan myös heidän havaintonsa potilaiden odotuksista, motivaatiosta ja selviytymiskyvystä (Sirdifield ym. 2013). Tosin on todettu, että lääkärit eivät aina keskustele potilaan kanssa tämän odotuksista, vaan he saattavat tehdä omia oletuksia niistä.

On myös osoitettu, että reseptin kirjoittaminen voi olla empatian osoitus lääkäriltä, joka haluaa tukea uupunutta potilastaan (Anthierens ym. 2007a, Sirdifield ym. 2013). Kun potilaalle määrätään ensimmäisen kerran bentsodiatsepiineja, on todettu, että taustalla on usein lääkärin tunne avuttomuudesta, voimattomuudesta ja turhautumisesta kohdatessaan potilaan ongelmiseen, sen lisäksi, että hän haluaa auttaa potilastaan (Anthierens ym. 2007a). Mutta unilääkereseptin kirjoittamiseen voi vaikuttaa myös lääkärin halu välttää ristiriitatilannetta, joka saattaa syntyä, mikäli lääkäri ei määrääkään potilaalleen unettomuuteen lääkettä (Davy ym. 2015). Onkin todettu, että potilaat osoittavat tyytyväisyyttään saadessaan

lääkemääräyksen, mikä vastaavasti vaikuttaa myönteisesti lääkäriin (Anthierens ym. 2007a).

Lääkärit vierittävät vastuuta unilääkkeiden määräämiskäytännöistä myös kollegoilleen, jotka ovat alun alkaen aloittaneet lääkityksen (Siriwardena ym. 2010, Sirdifield ym. 2013). Lääkärit ovat itse todenneet resurssien puutteen olevan esteenä nykyisten lääkemääräämiskäytäntöjen järjestelmälliseksi muuttamiseksi (Siriwardena ym. 2010).

Bentsodiatsepiineista on todettu, että yleislääkärit, jotka niitä määräävät potilailleen, ovat kokeneet lääkkeitä tehokkaiksi, nopeavaikutteisiksi ja hyödyllisiksi akuuteissa tilanteissa (Parr ym. 2006, Sirdifield ym. 2013). Yhdessä tutkimuksessa todettiin, että yleislääkärit olivat olleet sitä mieltä, että bentsodiatsepiinien määrääminen oli paljon nopeampi tapa kuin potilaan vakuuttaminen lääketeettömistä hoidoista tai potilaan muunlainen neuvonta vastaanotolla (Anthierens ym. 2007a). Yleislääkärit olivat myös kokeneet, että potilaan tilanteeseen ei ollut juurikaan vaihtoehtoja, ja osa potilaista halusi tilanteeseensa lääkkeellisen ratkaisun. Nämä ovat juuri niitä asioita, jotka nousivat esille myös tämän väitöskirjatutkimuksen aineistossa.

Kyseessä olevista lääkkeitä on todettu, että lääkärit ovat kokeneet ne edulliseksi ja helpoksi vaihtoehdoksi, lääkkeiksi, joilla on vain vähän haittavaikutuksia (Anthierens ym. 2007a). Yhdessä tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että lääkärit olivat varovaisia kirjoittaessaan potilailleen ensimmäistä kertaa bentsodiatsepiineja (Anthierens ym. 2007a). Tutkimuksessa todettiin myös, että lääkärit eivät kokeneet riippuvuutta ongelmana määrätessään lääkettä potilaalle ensimmäistä kertaa.

Edellä esitetyn lisäksi yhdessä tutkimuksessa on todettu, että länsimaiden yleislääkärit ovat kokeneet ristiriitaa määrätessään potilailleen bentsodiatsepiineja (Sirdifield ym. 2013). He haluavat auttaa potilaitaan, mutta samalla ovat tiedostaneet, että heidän tulisi vähentää näiden lääkkeiden määräämistä. Painetta on koettu niin yhteiskunnan kuin terveysviranomaistenkin taholta.

#### **8.2.12.2 Unettomuuden syyn selvittämiseen ja syyn hoitamiseen ei paneuduta riittävästi**

Tämän väitöskirjan tulososiossa todettiin, että farmaseutit arvostelivat lääkäreitä siitä, että nämä eivät paneutuneet riittävästi unettomien potilaidensa unettomuuden syyn selvittämiseen ja hoitamiseen. Selitykseksi tähän farmaseutit mainitsivat muun muassa sellaiset tekijät kuin lääkärin kiireen, välittämättömyyden, haluttomuuden tai osaamattomuuden. Luettelon ensimmäiseen ja viimeiseen selitykseen löytyy vahvistusta ulkomaisista tutkimuksista. Kuten edellä todettiin, lääkärit vetosivat muun muassa resurssien puutteeseen turvautuessaan lääkemääräyksen kirjoittamiseen (Siriwardena ym. 2010, Šubelj ym. 2010).

Osaamattomuudesta on yhdessä tutkimuksessa todettu, että yleislääkärit olivat kokeneet avuttomuutta ja epävarmuutta kohdatessaan potilaita, joilla



oli ongelmia (Anthierens ym. 2007a). He olivat tunteneet epävarmuutta syvenyessään potilaidensa ongelmiin ja ongelman ratkaisuksi saatettiin kirjoittaa lääkemääräys. Toisaalta yleislääkärit myös tunnustivat, ettei heillä ollut välttämättä riittävästi koulutusta kohdatakseen potilaita, joilla oli monimutkaisia psykososiaalisia ongelmia. He pyrkivät kuitenkin ratkaisemaan ongelman lääketieteellisin keinoin hoitamalla ongelman aiheuttamaa oiretta, vaikka todellisuudessa potilaan ongelman ratkaiseminen olisi vaatinut muuta menetelmää. Tämän viimeisen toteamuksen kanssa oli samaa mieltä myös osa tähän väitöskirjatutkimukseen osallistuneista farmaseuteista.

### **8.2.12.3 Lääkitystä jatketaan liian pitkään**

Tässä tutkimuksessa korostui farmaseuttien kriittinen suhtautuminen unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön. Osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että unilääkitystä jatkettiin usein tarpeettoman pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeiden määräämisestä annetussa asetuksessa 1088/2010 on otettu kantaa muun muassa PKV-lääkkeiden määräämiseen ja niiden käytön seurantaan. Sen 11 §:ssä todetaan, että määrättäessä väärinkäyttöön soveltuvaa lääkettä, on tällöin noudatettava erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta. Lisäksi samaisessa asetuksessa todetaan, että mikäli on mahdollista, lääkkeen määrääjän tulee seurata lääkkeen todellista käyttöä lääkeriippuvuuden kehittymisen ehkäisemiseksi.

Lääkäreiden on havaittu olevan itsekkin huolestuneita unilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä (Davy ym. 2015). He ovat kuitenkin todenneet, että unilääkkeiden pitkäaikaiskäytön taustalla on monenlaisia syitä, kuten edelläkin mainitut halu auttaa potilasta, kokemus lääkityksen välttämättömyydestä sekä lääkityksen taloudellisuus. Muun muassa terveydenhuollon vähäisien resurssien lisäksi useat lääkärit ovat kokeneet pitkäaikaisesti lääkkeitä käyttäneet haastavina potilaina, jolloin turhautuneet lääkärit ovat jatkaneet lääkitystä (Pérodeau ym. 2016). Useat lääkärit myöntävätkin, että esimerkiksi bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö voi olla elämäntapa ilman lääketieteellistä tarvetta. On myös todettu, että terveydenhuollon parissa työskentelee henkilöitä, jotka mieluummin keskittyvät mahdollisiin uusiin lääkkeiden käyttäjiin kuin lääkkeitä jo pitkäaikaisesti käyttäneisiin. Lääkärit ovat kokeneet potilaan lääkityksen lopettamisen haasteelliseksi, koska bentsodiatsepiinilääkitykselle tulee löytää jokin vaihtoehto ja lääkityksen lopettamiseksi tulee laatia suunnitelma (Sirdifield ym. 2013). Ne ovat toimenpiteitä, joissa lääkärit ovat kokeneet epäonnistumisia. Toisaalta lääkityksen jatkamista perustellaan potilaan tilanteeseen perehtymisellä ja sen syvällisemmällä ymmärtämisellä (Šubelj ym. 2010, Sirdifield ym. 2013). On myös todettu, että lääkäri saattaa kirjoittaa lääkemääräyksen sen vuoksi, ettei menettäisi potilastaan toiselle lääkärille (Sirdifield ym. 2013).

Lääkäreiden mainitsemia muita syitä unilääkkeiden ja bentsodiatsepiinilääkitysten pitkäaikaiskäytölle ovat muun muassa lääkeriippuvuus, potilaan muutoshaluttomuus, lääkkeen käytön vakaus, pätevä syy lääkkeen käytölle sekä toisen lääkärin määräämän lääkityksen jatkaminen (Parr ym. 2006). Lääkärit ovat vedonneet lääkityksen jatkamiseen myös sen vuoksi, että he ovat kokeneet potilaiden sitä vaativan. Lisäksi yleislääkärit ovat todenneet, että potilaat jatkavat todennäköisimmin bentsodiatsepiinien käyttöä muun muassa sen vuoksi, että heillä on taipumusta riippuvuuteen, he haluavat lääkkeellisen ratkaisun ongelmaansa tai ovat haluttomia auttamaan itse itseään.

On myös todettu, että vaikka lääkärit tiedostavat, että unilääkkeitä tulee määrätä vain lyhytaikaiseen käyttöön, potilaan vaikea unettomuus ja siihen liittyvät tekijät herättävät lääkäreissä empatiaa, minkä vuoksi unilääkkeitä kirjoitetaan myös pitkäaikaiseen käyttöön (Davy ym. 2015). Tällöin lääkärit ovat kokeneet hyötyjen olevan mahdollisia haittoja merkittävämpiä.

Väitöskirjan tulokset todettiin, että osa farmaseuteista mainitsi vastauksessaan, että unilääkkeiden pitkäaikaiskäytön tulisi loppua. Myös toisessa tutkimuksessa on todettu, että niin potilaat, yleislääkärit kuin farmasistitkin olivat olleet usein sitä mieltä, että pitkäaikainen unilääkkeiden käyttö tulisi lopettaa, mutta vieroittamiseen ei aina näyttänyt olevan selvää suunnitelmaa (Davy ym. 2015). Esimerkiksi lääkäri oli saattanut lopettaa yhtäkkiä potilaan pitkäaikaisen unilääkityksen perustellen toimiaan sillä, että lääkettä oli käytetty jo pitkään ja että lääkkeeseen liittyi riippuvuusriski.

Pitkäaikaisen bentsodiatsepiinilääkityksen lopettamisesta eräät yleislääkärit ovat olleet sitä mieltä, että se on pitkä ja yksilöllinen, asteittain etenevä prosessi (Parr ym. 2006). Sen onnistumista edesauttaa muun muassa potilaan oma motivaatio, lopettamisesta havaitut hyödyt ja sellaiset sosiaaliset tekijät kuten perheen antama tuki tai painostus, kumppanin harjoittama lääkekontrolli sekä vakaat kotiolot. Lääkärit ovat olleet myös sitä mieltä, että muun terveydenhuoltohenkilöstön, kuten farmasistien, antamasta lisätuesta on potilaalle hyötyä tässä prosessissa.

Vaikka lääkäreillä on lääkkeenmääräjinä päävastuu unilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä, on farmaseuteilla lääkkeentoimittajina velvollisuus osallistua unilääkkeiden käytön seurantaan ja tarvittaessa lääkkeen käytön vähentämiseen. Tämän velvollisuuden lisäksi on esimerkiksi todettu, että farmasistien roolin hyödyntäminen bentsodiatsepiinilääkityksen seurannassa on vähentänyt näiden lääkkeiden käytöstä aiheutuvaa muun terveydenhuollon kuormittamista (Lader ym. 2009). Ja kuten tämän väitöskirjan kirjallisuusosuudessa jo todettiin, on farmasistien roolin laajentamisessa koskemaan kyseessä olevien lääkkeiden käytön vähentämistä myös onnistuttukin (Dollman ym. 2005, Towle ja Adams 2006).

Australialaistutkimuksessa on osoitettu, että bentsodiatsepiinilääkityksen vähentäminen onnistui, kun mukana olivat useat tahot, niin kuluttajat, tiedotusvälineet kuin terveydenhuollon ammattilaisetkin, joita tuettiin muutoksessa muun muassa heidän tietojaan ja

taitojaan kehittämällä (Dollman ym. 2005). Tätä Australiassa toteutettua projektia voitaisiin väljästi tulkittuna verrata Suomessa käynnissä olevaan koulutukseen ja valistukseen pohjautuvaan *Kansalliseen allergiaohjelmaan 2008-2018*, jolla myös pyritään muun muassa yhtenäistämään hoitokäytäntöjä (Haahtela ym. 2015). Samankaltainen koordinoitu projekti voitaisiin käynnistää unettomuuden hoitamiseksi lääkkeettömästi. Unettomuuden *Käypä hoito* -suositus on päivitetty joulukuussa 2015. Se on suositus, joka toimii ohjeena niin terveydenhuollon ammattilaisille kuin itse unettomillekin. Tutkimuksen tekijän havaintojen mukaan viime vuosina uni ja unettomuus ovat olleet esillä useita kertoja useissa tiedotusvälineissä. Lääkitysturvallisuus on nostettu aiheeksi niin viranomaisten kuin koulutuksen ja opetuksenkin taholla. Tähän prosessiin apteekkien farmasistien tulisi ottaa osaa vieläkin aktiivisemmin, sillä tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan farmaseuttien keskuudessa on kriittisesti unilääkkeiden käyttämiseen suhtautuvia ja suopeasti unettomuuden lääkkeettömään hoitoon suhtautuvia.

#### **8.2.12.4 Unilääkereseptien uusimista arvostellaan**

Unilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyen väitöskirjatutkimukseen osallistuneet farmaseutit kritisoivat lääkäreiden unilääkereseptien uusimiskäytäntöjä. Arvostelua lääkärit saivat muun muassa sen vuoksi, että unilääkereseptejä uusittiin ilman syvällisempää lääkkeen tarpeen arviointia tai että resepti uusittiin ilman potilaan tapaamista. Myös kanadalaistutkimuksessa on todettu, että farmasistien mielestä lääkärit uusivat bentsodiatsepiinireseptejä liian helposti (Pérodeau ym. 2016). Samaisessa tutkimuksessa todettiin, että lääkärit olivat usein sitä mieltä, että kyseessä olevat lääkkeet oli tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön, mutta siitä huolimatta lääkeresepti saatettiin kuitenkin uusia. Lääkärit selittivät tätä käytäntöä muun muassa sillä, että lääkityksen aloittanut kollega ei ollut alun alkaen rajoittanut lääkityksen kestoa ja että pitkäaikaista lääkkeen käyttöä oli heidän mielestään vaikea lopettaa. Tähän viimeiseen syyhyn lääkärit vetosivat ajanpuutteen lisäksi toteamalla, että potilaan on vaikea muuttaa elämäntapaansa.

Edellä todettiin, että väitöskirjatutkimuksessa tiedonantajat arvostelivat lääkäreitä siitä, että unilääkemääräys uusittiin potilasta tapaamatta. Vuonna 2001 julkisen terveydenhuollon suomalaislääkäreille (n=800) suunnatun kyselytutkimuksen mukaan unilääkereseptien uusiminen potilasta tapaamatta oli melko yleistä (Saastamoinen ym. 2008). Tutkimuksen mukaan unilääkemääräyksistä 42 % oli sellaisia määräyksiä, jotka lääkäri uusi potilasta tapaamatta. Noin kolmasosa unilääkeresepteistä oli sellaisia lääkemääräyksiä, joista uusinta tehtiin lääkäri-potilastapaamisen yhteydessä.

Sähköisen reseptin myötä lääkemääräysten uusintapyyntöjen tekeminen on teknisesti edelleen helpottunut, kun ne voi tehdä apteekkikäynnin yhteydessä tai itse kotona tietokoneella. Onkin mahdollista, että koska

uusintapyyntöjen tekeminen on nykyään helppoa, unilääkemääräyksiä uusitaan entistä useammin ilman potilaan tapaamista.

#### **8.2.12.5 Unettomuuden ainoaksi avuksi tarjotaan unilääkettä**

Farmaseutit arvostelivat lääkäreitä näiden unettomuuden hoitovalinnoista, koska unilääke saattoi olla unettomuuden ainoa hoitokeino. Myös unettomat itse ovat kritisoineet lääkäreitä näiden tekemistä hoitovalinnoista. Esimerkiksi australialaistutkimuksessa unettomat arvostelivat yleislääkäreitä unettomuushoitojen vaihtoehdottomuudesta (Cheung ym. 2014). Unettomien mukaan yleislääkärit turvautuivat valinnoissaan joko perinteiseen unihygieniaan tai unilääkkeisiin.

Unilääkkeiden vahvalle asemalle unettomuuden hoidossa löytynee monia selityksiä. Kuten edellä jo todettiin, unilääkkeisiin turvaututaan muun muassa sen vuoksi, että lääkäreiden mielestä heillä ei ole aina aikaa tai resursseja tarjota potilaalleen syvällisempää neuvontaa (Sirdifield ym. 2013). Myös lääkäreiden kokema avuttomuus ja epävarmuus unettoman tilanteen edessä sekä potilaan tilanteen nopea helpottaminen, kokemus vaihtoehdottomuudesta sekä potilaan toive lääkkeellisestä ratkaisusta ovat vaikuttamassa siihen, että unilääkemääräys kirjoitetaan (Anthierens ym. 2007a.) Onkin todettu, että yleislääkäreillä ei ole aina tietämystä sopivista lääkkeettömistä vaihtoehdoista tai niiden tehokkuus saatetaan kyseenalaistaa, jolloin reseptin kirjoittaminen koetaan tehokkaimmaksi keinoksi auttaa potilasta (Sirdifield ym. 2013). Toisaalta on todettu, että lääkityksen käyttöön vaikuttaa myös lääkärin kokema vaikeus lähettää potilastaan erikoissairaanhoidon (Šubelj ym. 2010).

Näiden edellä lueteltujen asioiden lisäksi unenhuollosta ja CBT-menetelmistä on todettu, että lääkäreiden joukossa on niitä, jotka suhtautuvat skeptisesti siihen, että heidän unettomat potilaansa noudattaisivat tai edes kokeilisivat lääkäreiden antamia unihygieniaan liittyviä ohjeita (Davy ym. 2015). Unettomuuden kognitiivis-behavioraalisista hoitomenetelmistä on sanottu, että ne eivät ole täysin vakuuttaneet kaikkia yleislääkäreitä tai menetelmät ovat lääkäreille vähemmän tuttuja. CBT-menetelmää ei ole välttämättä koettukaan ensisijaisena unettomuuden hoitomenetelmänä, jos yleislääkäreiden keskuudessa ei ole ollut tietoa menetelmän vaikuttavuudesta ja sen käytännön toteutuksesta.

Kun on tutkittu sitä, miksi lääkärit eivät välttämättä noudata hoitosuosituksia, on todettu, että lääkäreiden asenteet ja kokemukset vaikuttavat hoitosuosituksiin sitoutumiseen (Carlsen ym. 2007). Lääkärit saattavat muun muassa kokea ristiriitaa hoitosuositusten ja oman kokemuksen välillä. Lisäksi on todettu, että osa lääkäreistä suhtautuu epäilevästi hoitosuositusten tieteelliseen näyttöön, joka perustuu väestötason näyttöön, ei yksilötason. Myös lääkärin edelläkin mainittu potilasta kohtaan tuntema empatia saattaa vaikuttaa siihen, että hän ei noudata hoitosuositusta, vaan toteuttaa potilaan toiveen. Mutta hoitosuositusten noudattamatta

jättämiseen on todettu olevan myös käytännöllisiä syitä. Esimerkiksi lääkäriellä ei ole aikaa tutustua suosituksiin. Lisäksi on mainittu, että suositusten noudattaminen ja niistä keskusteleminen potilaan kanssa voidaan kokea liian aikaa vieväksi, kuten edellä jo todettiin. Toisaalta on tärkeää tiedostaa se tosiseikka, että potilaiden on todettu siirtävän vastuun lääkityksestään lääkärille ja luottavan tämän tekemiin valintoihin (Anthierens ym. 2007b).

#### **8.2.12.6 Unettomille määrätään suuria määriä unilääkettä**

Tutkimuksen tulossiosiossa todettiin, että farmaseutit olivat havainneet lääkehoitojen määräävän unettomille potilaille suuria määriä unilääkkeitä. Tämä käytäntö on ristiriidassa muun muassa vuodelta 2008 peräisin olevan unettomuuden *Käypä hoito* -suositusten kanssa. Suositusten mukaan unettomuuden hoidossa käytetään lääkitystä pääasiassa hoidettaessa lyhytaikaista unettomuutta, kun unihuollon toimenpiteet eivät tehoa. Pitkäaikaisessa unettomuuden hoidossa taas suositetaan kognitiivista terapiaa ja huolehditaan perussairauksien hoidosta.

On myös ristiriitaista, että avohoidon puolella on unettomuuden lääkehoitoja varten tarjolla isoja, 100 tabletin, pakkauskokoja, jos todella on tarkoitus hoitaa lääkkeellisesti ainoastaan lyhytaikaista unettomuutta. Herääkin kysymys, pitäisikö unilääkkeiden suuret pakkauskoot avohoidon puolelta poistaa tai niiden saatavuutta jotenkin rajoittaa, jotta unilääkkeiden käyttö unettomuuden hoidossa vastaisi *Käypä hoito* -suositusta paremmin. Toisaalta, kuten tässäkin tutkimuksessa farmaseutit totesivat, nykyiset unilääkkeet ovat suhteellisen edullisia, joten ainakaan unilääkkeiden isojen pakkausten tämänhetkisin hinnoin ja esimerkiksi niiden korvattavuuden poistamisella tuskin olisi vaikutusta unilääkkeiden käyttöön. Olisikin ehkä järkevämpää, että lääkärit jo alun alkaenkin määräisivät unilääkkeitä pieninä pakkauskokoina, mikä viestisi myös unettomalle, että lääkitys on tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön.

#### **8.2.12.7 Unilääkkeiden käytön ohjeistus jää puutteelliseksi**

Tulososiosiossa mainittiin myös, että farmaseuttien mielestä lääkärit eivät aina neuvoneet potilaitaan riittävästi unilääkkeiden käytössä. Lääkärit ovat saaneet moitteita myös potilailta liian vähäisestä lääketietojen välittämisestä (Parr ym. 2006). Bentsodiatsepiineja käyttävien potilaiden mielestä lääkehoito tulisi jo ennen lääkityksen aloittamista kertoa muun muassa lääkkeen pitkäaikaisen käytön mahdollisista haitallista seurauksista.

Tämän väitöskirjan kirjallisuusuosiossa esiteltiin asiakaskeskeinen lääkeneuvontamalli, jonka mukaan farmaseutin tulee tukea asiakkaan lääkehoitoa muun muassa kartoittamalla sitä, mitä asiakas tietää jo entuudestaan omasta hoidostaan. Tämän jälkeen on vuorossa asiakkaan tarpeisiin sovitettu keskustelu hoito-ohjeista. Käytännössä tämä tarkoittaa

sitä, että jos farmaseutti havaitsee unilääkkeitä käyttävän asiakkaan lääkkeen käyttöön liittyvissä tiedoissa puutteita, on hänen tehtävänsä paikata nämä puutteet omalla osaamisellaan.

Lääkeneuvonnan ammattilaisina farmaseuttien tulisikin lääkäreiden lääketietojen välittämiseen liittyvän arvostelun sijaan ottaa itse vastuu unilääkkeisiin liittyvästä lääkeneuvonnasta. Tätä puoltaa muun muassa se, että potilas hyötyisi parhaiten siitä, että lääkäri tekisi oikean diagnoosin, ja jos tällä ei ole syystä tai toisesta resursseja lääkeneuvontaan, farmaseutti ottaisi sen omalle vastuulleen. Lääkäreiden kritisoinnin sijaan farmaseuttien tulisi toteuttaa oma osuutensa asiakkaan parhaaksi.

#### **8.2.12.8 Lääkevalintoja arvostellaan**

Lääkäreitä arvosteltiin myös heidän tekemistään lääkevalinnoista. Tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien keskuudessa kannatettiin muun muassa lääkehoitojen aloittamista melatoniinilla ja mielialalääkkeillä ennen siirtymistä varsinaisiin unilääkkeisiin. Vuoden 2008 unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksessa ei ole kuitenkaan tällaista mainintaa unilääkkeiden toissijaisuudesta melatoniiniin ja mielialalääkkeisiin verrattuna. Suosituksessa unilääkkeet hyväksytään tarvittaessa unettomuuden lyhytaikaiseen hoitoon. Sen sijaan melatoniinia ja mielialalääkkeitä suositetaan pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Farmaseutit totesivatkin vastauksissaan, että säännöllisesti unilääkkeitä käyttävien unettomien lääkitys tulisi vaihtaa muuhun lääkitykseen.

Myös yksittäisen lääkkeen, midatsolaamin, käytön järkevyys kyseenalaistettiin tässä tutkimuksessa. Tämä noudattelee *Käypä hoito* -suosituksen linjausta. Sen mukaan midatsolaami ei kuulu avoterveydenhuollon lääkevalikoimaan. Samoin tutkimuksessa oltiin sitä mieltä, että vaihdevuosisoireisille naisille hormonilääkitys saattaisi riittää unettomuuden hoidoksi eikä tällöin tarvittaisi unilääkitystä. *Käypä hoito* -suosituksessa todetaankin, että perussairauden hoito on myös unettomuuden hoitamista.

#### **8.2.12.9 Unettomia ei ohjata eteenpäin**

Lisäksi lääkäreitä kritisoitiin sen vuoksi, etteivät he ohjanneet unettomia eteenpäin. Tälle saattaa olla yhtenä selityksenä se, että vuoden 2008 unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksessa todetaan, että unettomuuden hoito kuuluu erikoissairaanhoidon lisäksi myös perusterveydenhuollolle.

Ulkomaisista tutkimustuloksista saattaa löytyä myös suomalaisen terveydenhuoltoon soveltuvia selityksiä sille, miksi lääkärit eivät ohjaa unettomia potilaitaan ongelmineen eteenpäin muuhun terveydenhuoltoon. Esteenä potilaiden ohjaamisessa on todettu olevan muun muassa yleislääkäreiden tietämättömyys lähetekäytännöistä, paikallisten

uniasiantuntijoiden puute sekä erikoissairaanhoidoon liittyvät korkeat kustannukset (Cheung ym. 2014). On myös todettu, että yleislääkäreiden mukaan julkisen terveydenhuollon puolella on vaikea saada psykologin palveluja ja että esimerkiksi bentsodiatsepiinien määrääminen on paljon nopeampi tapa kuin potilaan vakuuttaminen lääkkeettömistä hoidoista (Anthierens ym. 2007a). Ja kuten on jo edellä mainittu, yleislääkärit voivat kokea, ettei potilaan tilanteeseen ole juurikaan vaihtoehtoja. Osan potilaista on todettu haluavan tilanteeseensa lääkkeellisen ratkaisun. Lääkkeettömien vaihtoehtojen on koettu olevan kalliita, mikä rajoittaa niiden käytettävyyttä vähävaraisempien potilaiden kohdalla. Lisäksi lääkärin suhtautuminen lääkkeettömiin hoitoihin vaikuttaa hänen halukkuutensa ohjata potilaitaan muunlaisen hoidon pariin.

Unettoman näkökulmasta esteenä on nähty unettomien tiedonpuute erilaisista hoitovaihtoehtoista (Cheung ym. 2014). Unettomien mielestä unettomuuteen erikoistuneen asiantuntijan luokse on vaikea päästä, mikäli ei unettomuuden lisäksi pöde muuta sairautta. Unettomat ovat toivoneet, että erikoissairaanhoidon pariin pitäisi ohjata jo unettomuuden varhaisemmassa vaiheessa. Toisaalta joillekin unettomille on aiheuttanut hämmennystä tieto siitä, että unettomuuden erikoissairaanhoido kuuluu käsitteenä mielen terveyden hoitoon. Onkin todettu, että potilas ei välttämättä itse ehdota esimerkiksi psykologin palvelujen hyödyntämistä niihin liittyvän leiman vuoksi (Anthierens ym. 2007b). Toisaalta on todettu, että lääkärin myönteinen suhtautuminen ulkopuoliseen psykologiseen apuun voi vaikuttaa myönteisesti myös potilaan suhtautumiseen ja siten potilaan sitoutumiseen lääkkeettömään hoitoon.

Edellä esitettyyn nojaten farmaseuttien tietojen lisääminen unettomuuden lääkkeettömistä hoitovaihtoehtoista ja niitä tarjoavista tahoista sekä näistä asiakkaan kanssa keskusteleminen toisi ainakin osalle asiakkaista lisähyötyä unettomuuden omahoitoon.

#### **8.2.12.10 Riittämätön halu tai taito paneutua unettomuuteen**

Tässä väitöskirjatutkimuksessa oli mukana sellaisia farmaseutteja, joiden mielestä lääkäreillä ei ollut välttämättä halua tai taitoa paneutua unettomuuteen syvällisemmin. Belgialaistutkimuksessa yleislääkärit olivatkin todenneet, ettei heillä ollut välttämättä riittävästi koulutusta kohdatakseen potilaita, joilla oli monimutkaisia psykososiaalisia ongelmia (Anthierens ym. 2007a). Toisessa tutkimuksessa myös unettomat olivat olleet sitä mieltä, että yleislääkäreiden tulisi kouluttautua paremmin unettomuuden hoitoon (Davy ym. 2015). Erityisesti näin toivoivat sellaiset unettomat, jotka olivat olleet tyytymättömiä unettomuutensa lääkkeelliseen hoitoon. Myös australialaistutkimuksessa unettomat ovat arvostelleet yleislääkäreitä unettomuuden hoitoon liittyvästä osaamattomuudesta (Cheung ym. 2014). Unettomat olivat olleet muun muassa sitä mieltä, että lääkärit tulkitsivat oireita ja hoitotoiveita väärin eivätkä aina ymmärtäneet unettomuuden

vakavuutta. Lääkärit ovatkin toivoneet saavansa lisää unettomuuden ja mielenterveyden hoitoon liittyvää koulutusta (Šubelj ym. 2010, Sirdifield ym. 2013, Davy ym. 2015).

Tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan farmaseuttien joukossa oli niitä, jotka eivät täysin luottaneet lääkäreiden unettomuuden hoidon ammattitaitoon. Olisikin mielenkiintoista saada selville myös suomalaisten yleislääkäreiden näkemyksiä unettomuuden hoidosta, sillä edellä mainituista julkaisuista ainoastaan yksi koski suomalaislääkäreitä (Saastamoinen ym. 2008).

Farmaseuttien tässä tutkimuksessa esittämän kriittisen suhtautumisen taustalla on todennäköisesti tieto siitä, miten unettomuutta tulisi hoitaa tai ainakin tieto siitä, että varsinaiset unilääkkeet eivät ole unettomuuden ensisijainen hoitovaihtoehto eivätkä tarkoitettu pitkäaikaiseen käyttöön. Ja kun unettomuuden hoitosuositukset eivät aina asiakkaan kohdalla toteudukaan, aiheuttanee tämä edellä kuvattua kriittisyyttä lääkäreitä kohtaan. Sen sijaan farmaseuttien esittämään väitteeseen, jonka mukaan lääkärit eivät ota vakavasti unettomuutta, on vaikea ottaa kantaa tämän tutkimuksen puitteissa. Oliko todella näin vai johtuiko tämä näkemys myös siitä, että tiedossa olevat unettomuuden hoitosuositukset eivät aina asiakkaan kohdalla toteutuneet.

Tässä tutkimuksessa ei erityisesti tutkittu lääkäreiden ja farmaseuttien välistä yhteistyötä unettomuuden hoidossa, jota on aikanaan viritelty muun muassa Rohto-projektin yhteydessä (Helin-Salmivaara ym. 2000). Lääkäreiden arvostelemista saattaa pitkälti selittää yhteistyön vähyys tai puute ja farmaseuttien tietämättömyys lääkäreiden unettomuuden hoidon käytännön työstä. Edellä esitettyyn vedoten tutkimuksen tekijä ehdottaakin farmaseuttien ja lääkäreiden välisen yhteistyön lisäämistä unettomuuden hoidossa niin paikallistasolla, koulutuksen kuin opiskelunkin yhteydessä näiden ammattiryhmien välisen luottamuksen lisäämiseksi. Riskinä on, että jos farmaseutti ei luota lääkärin unettomuuden hoitotaitoihin, tämä asenne saattaa välittyä asiakkaalle. Tämä taas ei ole hyödyksi asiakkaalle eikä lääkäri-potilas-suhteelle, mutta ei myöskään ole eduksi apteekin asiakaspalvelulle.



## **9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA TULOSTEN KÄYTÄNTÖÖN SOVELTAMINEN**

### **9.1 ULKOPUOLISUUDEN JA PINTAPUOLISUUDEN ULOTTUVUUKSIA – APTEEKKIFARMASEUTTIIEN TYÖN KEHITTÄMISKOhteita**

Osalla apteekkifarmaseuteista oli tämän tutkimuksen mukaan alkuvuodesta 2013 puutteita unettoman asiakkaan farmaseuttisessa hoidossa. Voidaan väittää, että osa farmaseuteista koki itsensä ulkopuoliseksi asiakkaan unettomuuden hoidossa ja osalla farmaseuteista unettomuuden hoitoon osallistuminen oli pintapuolista. Tämä ulkopuolisuus ja pintapuolisuus unettoman hoidossa ilmeni usealla eri tavalla.

Apteekkifarmaseuteissa oli niitä, jotka eivät kokeneet apteekkia ja siten itseään unettoman ensisijaisena auttajana, kun henkilön unettomuuden taustalla ei todennäköisesti ollut muuta sairautta. Farmaseuttien ulkopuolisuus ja pinnallisuus unettomuuden hoidossa ilmeni myös siten, etteivät farmaseutit välttämättä perehtyneet unettoman asiakkaan tilanteeseen syvällisemmin tavanomaisessa asiakaspalvelutilanteessa. Tämä ilmeni muun muassa siten, että vain osa farmaseuteista ilmoitti kartoittaneensa aina unettoman itsehoitoasiakkaansa unettomuuden syytä. On kuitenkin hyvä huomioda, että itsehoitoneuvontaan ei ole olemassa yleistä, tarkkaa määräystä siitä, mitä apteekin itsehoitoneuvonnan tulisi sisältää. Kullekin apteekille on jätetty vapaus määrittää sen sisältö itse. Tämä syventymättömyys unettomuuden aiheuttajaan ja joidenkin farmaseuttien ilmaisema haluttomuus tai rohkeiden puute syvällisempään keskusteluun unettoman asiakkaan kanssa oli havaittavissa myös farmaseutin ja unilääkkeitä käyttävien asiakkaiden kohtaamisissa.

Osalla farmaseuteista oli havaittavissa syventymättömyyttä myös unettomalle apteekin itsehoitopuolen asiakkaalle annettaviin lääkkeettömiin hoito-ohjeisiin. Osa farmaseuteista ei antanut lainkaan lääkkeettömiä unettomuuden hoito-ohjeita, ja osa antoi vain vähän tai hyvin yleisluontoisia ohjeita unettomuuden lääkkeettömistä hoidoista. Lisäksi vain osa farmaseuteista ilmoitti ottaneensa puheeksi unettoman itsehoitoasiakkaansa kanssa sellaisia herkkiä aiheita, kuten tupakoinnin, alkoholinkäytön, stressin tai murheet ja huolet.

Unilääkkeiden lääkeneuvonnasta voidaan todeta, että osalla farmaseuteista on parantamisen varaa unilääketiedon välittämässä. Farmaseuttien tulisi olla vieläkin proaktiivisempia unilääkkeisiin liittyvän riippuvuusriskin suhteen toimittaessaan unilääkettä ensimmäistä kertaa saavalle asiakkaalle. Osa farmaseuteista ei nimittäin suoranaisesti huomionnut lääkeneuvonnan yhteydessä unilääkkeisiin liittyvää riippuvuuden

kehittymisen mahdollisuutta. Tällä tavoin toimiessaan farmaseutti jätti omalta osaltaan osallistumatta unilääkeriippuvuuden ehkäisyyn.

Tämä edellä mainittu proaktiivisuus lääkeneuvonnan yhteydessä on erityisen tärkeää niin asiakkaan kuin farmaseutinkin kannalta, sillä osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että unilääkkeisiin liittyvä riippuvuudenhoito ei kuulunut farmaseutin tehtäviin. Toisaalta tutkimuksessa oli havaittavissa joidenkin farmaseuttien unilääkkeisiin ja unettomuuden lääkkeettömiin hoito-ohjeisiin liittyvä lääkäreiden neuvontavastuun korostaminen.

Farmaseuttien ulkopuolisuus unettomuuden hoidossa oli havaittavissa myös siten, että osa farmaseuteista ei puuttunut unilääkettä annosohjetta enemmän käyttäneen asiakkaan seuraavan unilääke-erän toimitusväliin. Tällä tavoin toimittaessa samalla laiminlyödään unettoman asiakkaan oikeasta ja turvallisesta unilääkkeen käytöstä huolehtiminen.

Apteekkien PKV-lääkkeiden toimittamiskäytäntöjä tulee yhtenäistää, jotta unilääkkeitä annosohjetta enemmän käyttäneet asiakkaat eivät olisi keskenään epätasa-arvoisessa asemassa ja jotta jokainen apteekki-farmaseutti ottaisi omalta osaltaan vastuuta asiakkaan unilääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Esimerkiksi lääkärit voitaisiin velvoittaa merkitsemään PKV-lääkemääräyksiin lääkkeen aikaisin toimitusajankohta ja tarvittaessa toimitusvälit. Nämä olisivat käytäntöjä, jotka ovat jo joidenkin farmaseuttien unilääkkeiden toimittamista rajoittavat, ainoat tekijät. Lisäksi, kuten kirjallisuuskatsauksessakin todettiin, lääkäreiden tulisi suosia unilääkkeiden pieniä pakkauskokoja. Toinen vaihtoehto olisi esimerkiksi selkeä sääntö, jonka mukaan apteekit toimittaisivat PKV-lääkkeitä hyödyntäen tässä tutkimuksessa mainittua laskurikäytäntöä.

PKV-lääkkeiden toimittamiskäytäntösääntöjen yhtenäistämisen puolesta puhuu myös se, että kaikilla suomalaisapteekeilla ei ollut vuonna 2013 henkilökunnan kesken yhteisesti sovittua käytäntöä unilääkkeiden uudelleentoimittamisesta tai sitä ei välttämättä noudatettu. Väärinkäyttöön soveltuviin lääkkeisiin liittyvä määräämis- ja toimittamishdoiltaan rajoitetumpi ja tarkempi viranomaisohjeistus selkeyttäisi työskentelyä apteekeissa ja saattaisi asiakkaat keskenään tasa-arvoisempaan asemaan. Lisäksi tällainen ohjeistus loisi paremmat edellytykset lääkeshoidon onnistumiseksi ja lääkkeiden väärinkäytön ehkäisemiseksi.

Tämän väitöskirjatutkimuksen perusteella voidaan todeta, että osa farmaseuteista ei kokenut kuuluvansa kiinteästi unettoman potilaan hoitoketjuun. Myös apteekin unettomien asiakkaiden farmaseuttisessa hoidossa on vielä kehitettävää. Kuten aiemmin kirjallisuuskatsauksessa todettiin (Farrell ym. 2012, Pérodeau ym. 2016), myös tämän väitöskirjatutkimuksen mukaan osa farmaseuteista toimi ikään kuin lääkäreiden apulaisina, joiden rooliin kuuluu lääkkeiden toimittaminen ja lääkeneuvonta, ei varsinainen itsenäisemmin toteutettu farmaseuttinen hoito. Lisäksi voidaan todeta, että unilääkkeitä käyttävät ja unettomat itsehoitopuolen asiakkaat voivat olla apteekista ja farmaseutista riippuen

hyvin eriarvoisessa asemassa. Tämä on vastoin muun muassa apteekkitoiminnan eettisiä ohjeita.

Farmaseutit tarvitsevat lisää unettomuuteen ja sen hoitoon liittyvää koulutusta, jotta farmaseuttien ammatti-identiteetti unettomien asiakkaiden avuntarjoajina vahvistuisi. Lisäkouluttautumisen myötä farmaseutit voisivat kokea itsensä useammin unettoman ensisijaisina avuntarjoajina, ymmärtäisivät unettomuutta, sen hoitoa ja unettomia vielä paremmin. Lisäksi tällä tavoin apteekkien vastuuta suomalaisten unettomuuden hoidossa voitaisiin lisätä ja samalla keventää muun terveydenhuollon unettomuuteen liittyvää taakkaa.

Farmaseuteille suunnattua lisäkoulutusta tarvitaan tämän tutkimuksen mukaan erityisesti unettomuuden lääkkeettömistä hoidoista, unettomuuden hoitovaihtoehtoista ja niitä tarjoavista tahoista, mutta myös lääkeneuvonnan sisällöstä. Koulutusta tarvittaneen myös farmaseuttien tunnettyöhön liittyen, etenkin kielteisten tunteiden taustojen ymmärtämiseksi ja niihin asianmukaisesti reagoimiseksi. Tässä tutkimuksessa nousivat esille nimittäin joidenkin farmaseuttien kokemat voimakkaat, kielteiset tunteet niin unettomia kuin unilääkkeitä käyttäviäkin kohtaan.

Vaikka tutkimukseen ei liittynyt farmaseuttien havainnointia, on todennäköistä, että kaikki eivät kyenneet peittelemään kielteisiä tunteitaan asiakaskohtaamisissaan. Tai jos sen kykenivätkin tekemään, on se vaatinut huomiota ja vienyt keskittymistä pois olennaisemmalta alialta asiakaspalvelukohtaamisissa. Täten tarvitaan joidenkin farmaseuttien kohdalla myös asennemuutosta suhtautumisessa unettomuuteen ja sen hoitamiseen. Lisäkouluttautuminen auttane farmaseutteja tarkastelemaan suhtautumistaan uudesta näkökulmasta ja parantane edellytyksiä ymmärtää niin unettomia, unettomuutta kuin sen hoitamistakin.

Tämän joidenkin farmaseuttien kohdalla tarvittavan asennemuutoksen ja lisäkouluttautumisen myötä unettomuuden hoitopolun voisi aloittaa yhä useammin apteekista. Se voisi alkaa esimerkiksi farmaseutin opastuksella tehtävällä unettomuustestillä, unipäiväkirjan hyödyntämisellä sekä asiakkaan ja farmaseutin välisellä syvällisemmällä keskustelulla unettomuuden hoidosta. Testiä ja päiväkirjaa farmaseutit voisivat käyttää niin unettomuuden asiakasneuvonnan apuna, muistilistana kuin määritettäessä sitä, tarvitaanko ohjausta lääkäriin vai kannattaisiko kokeilla muita keinoja unettomuuden helpottamiseksi.

Farmaseuttien kriittinen suhtautuminen unilääkkeiden käyttämiseen ja myönteinen suhtautuminen unettomuuden lääkkeettömiin hoitokeinoihin kannattaisi hyödyntää aktiivisesti siirryttäessä *Käypä hoito* -suositusten mukaisesti unilääkkeiden käytöstä muihin unettomuuden hoitokeinoihin. Ainakin farmaseuttien asenteiden perusteella apteekin asiakaspalvelussa olisi mahdollisuuksia lääkkeettömien unettomuuden hoitomuotojen hyödyntämiseen. Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että farmaseuttien keskuudessa on potentiaalia etenkin juuri unettomuuden lääkkeettömiin hoitoihin liittyen. Tämän potentiaalin hyödyntäminen vaatii kuitenkin

farmaseuttien syvällisempää perehtymistä unettomuuden hoitoon. Tarvitaan myös lisää työkaluja apteekeissa toteutettavaan neuvontatyöhön ja mahdollisesti unettomuuden hoitoon liittyvien palvelujen käyttöön ottamiseksi.

Tutkimuksen tekijä ehdottaakin, että unettomuuden lääkkeettömistä hoitomenetelmistä laadittaisiin esimerkiksi *Tippa*-tietokantaan erillinen unettomuuden hoito-ohje. Tämä samainen hoito-ohje tulisi löytyä jokaisen unettomuuden hoitoon käytettävän lääkeneuvontaohjeen yhteydestä. Tällä tavoin se toimisi farmaseutin muistilistana ja asiakkaan kanssa käytävän keskustelun pohjana. Unettomuuden hoito-ohjeista voitaisiin laatia myös apteekin asiakkaille tulostettava potilasversio esimerkiksi Apteekkariliiton sähköiseen *Salkku*-tietopalveluun. Samaista palvelua hyödyntäen voitaisiin kehittää tietokonepohjainen testi asiakkaiden unettomuuden seulomiseksi ja farmasistien työkaluksi unettomuuteen ja sen hoitamiseen liittyen.

Farmaseuttien kriittistä suhtautumista unilääkkeiden käyttämiseen voitaisiin hyödyntää myös asiakkaan unilääkkeiden käytön vähentämis- ja lopettamisprosessin yhteydessä. Apteekeille voitaisiin kehittää palvelu, jonka avulla unilääkkeiden käyttäjät voisivat farmasistien tukemina yhteistyössä lääkäreiden kanssa vähentää tai lopettaa unilääkkeiden käyttämisen, kuten jo kirjallisuuskatsauksen eräissä skotlantilaistutkimuksissa todettiin toteutetun (Towle ja Adams 2006). Samalla tavoin apteekeille voitaisiin kehittää unettomille asiakkaille tarjottava palvelu unettomuuden hoitamiseksi ilman reseptilääkkeitä unettomuuden seulontoineen, samantyyllisesti kuin esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen sveitsiläis- ja australialaistutkimuksissa on esitetty (Hersberger ym. 2006, Fuller ym. 2011).

Lääkärit saivat farmaseuteilta lähinnä kriittistä palautetta suomalaisen, työikäisen väestön unettomuuden hoidosta. Lääkäreiden ja farmaseuttien välisen ymmärryksen lisäämiseksi näiden ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulisi tiivistää. Esimerkiksi paikallisen yhteistyön lisäksi voitaisiin järjestää yhteisiä koulutustilaisuuksia uudesta unettomuuden *Käypä hoito* -suosituksesta, samalla tavoin kuin on toteutettu *Kansallisessa allergiaohjelmassa*.

Lääkäreiden tulisi tiedostaa farmaseuttien keskuudessa esiintyvä kriittinen suhtautuminen unettomuuden lääkehoitoihin ja hyödyntää tätä suhtautumista potilaidensa unilääkkeiden käytön vähentämisessä ja lopettamisessa. Apteekki-farmaseuteilla on lainsäädäntöön perustuva rooli lääkeneuvonnassa ja aitiopaikka seurata asiakkaiden lääkkeiden käyttämistä, kuten lääkehoidoissa onnistumista ja epäonnistumista.

Helpon tavoitettavuuden vuoksi farmaseuttien roolia voitaisiin laajentaa ja syventää unettomuuden hoidossa, sillä farmaseuteilla on tämän tutkimuksen mukaan halukkuutta ja ymmärrystä unettomuuden itsehoidon suosimiseen. Mutta unettomuuden lääkkeettömän hoidon tietotasossa farmaseuteilla on vielä parannettavaa kuten myös lääkeneuvonnan sisällössä.

## Ulkopuolisuuden ja pintapuolisuuden ulottuvuuksia

- Apteekki ei ole itseoikeutetusti unettoman hoitopolun lähtöpiste.
- Farmaseutilta puuttuu unettomuuden syvällisempi ymmärtäminen.
- Farmaseutti ei perehdy unettoman asiakkaan tilanteeseen.
- Farmaseutilla on puutteita niin lääketiedon kuin lääkkeettömien hoito-ohjeiden kommunikoinnissa.
- Farmaseutti ei huolehdi unettoman asiakkaan oikeasta ja turvallisesta lääkkeen käytöstä.
- Farmaseutti suhtautuu kielteisesti unettomuuden hoidon nykikäytäntöihin.

## 9.2 JATKOTUTKIMUKSEN AIHEITA

Tässä väitöskirjatutkimuksessa esiin nousseet aiheet tulisi tutkia myös muilla tutkimusmenetelmillä ja muiden asianosaisten näkökulmista. Farmaseuttien näkemyksiä, kokemuksia ja havaintoja voitaisiin kerätä myös yksilö- ja ryhmähaastatteluiden avulla sekä analysoida muilla laadullisen tutkimuksen menetelmillä tässä tutkimuksessa saatujen tulosten vahvistamiseksi. Toisaalta tulee huomioda, että tutkimuksessa saadut tulokset esitetyistä ilmiöistä ovat vahvasti aikaan sidottuja. Lisäksi tutkimalla kyseessä olevaa aihealuetta määrällisin tutkimusmenetelmin saataisiin tietoa tässä esitettyjen ilmiöiden yleisyydestä ja kehityssuunnista.

Tähän tutkimusaiheeseen liittyen olisi tärkeää saada selville apteekissa asioivien unettomien henkilöiden näkökulma, sillä tutkimukseen osallistuneet farmaseutit esittivät näkemyksiään unettomista ja unilääkkeiden käyttäjistä omasta näkökulmastaan. Erityisesti olisi mielenkiintoista tietää, mitä suomalaisapteekkien asiakkaat ajattelevat apteekin roolista unettomuuden hoidossa ja miten suomalaiset unettomat kokevat nykyiset hoitokäytännöt. Myös suomalaislääkäreiden näkökulma unettomuuteen, sen hoitamiseen ja erityisesti lääkäreiden näkemykset apteekin roolista unettomuuden hoidossa toisivat arvokasta tietoa, etenkin mikäli apteekin tarjoamia unettomuuden hoidon palveluja lähdetään syvällisemmin laajentamaan. Lisäksi tulisi tutkia nykyisin apteekista annettavaa unettomuuden hoidon merkitystä niin yksilötasolla kuin yhteiskunnankin tasolla, jotta voitaisiin verratta tulevaisuudessa apteekista unettomille annettavan avun merkitystä ja vaikutusta. Myös unettomuuden hoidon kokonaisuutta ja koordinaatiota sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tulisi tutkia syvällisemmin.

## 10 KIRJALLISUUSLUETTELO

- Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M: Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19: 251–258, 2005.
- Agyapong VI, Nwankwo V, Bangaru R, Kirrane R: Sources of patients' knowledge of the adverse effects of psychotropic medication and the perceived influence of adverse effects on compliance among service users attending community mental health services. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 29: 565–570, 2009.
- Ahokas M: Valta ja vallan tutkimus. s. 203–204. Kirjassa: Arjen sosiaalipsykologia. Suoninen E, Pirttilä-Backman A-M, Lahikainen A, Ahokas M. 1. painos. WSOYpro Oy, Helsinki 2010.
- Aikens JE, Rouse ME: Help-seeking for insomnia among adult patients in primary care. *Journal of the American Board of Family Practice* 18: 257–261, 2005.
- Airaksinen M, Ahonen R, Enlund H: The "Questions to Ask About Your Medicines" campaign - An evaluation of pharmacists and the public's response. *Medical Care* 36(3): 422–427, 1998.
- Airaksinen M, Peura S: Apteekit mukana terveystalkoissa, Tippa-projekti 2000–2003 ja jatkohanke 2004–2007. Suomen Apteekkariliiton julkaisuja nro 74. Toim. Airaksinen M, Peura S. Finepress Oy, Turku 2011.
- Airaksinen M, Pohjanoksa-Mäntylä M, Puumalainen I: Theoretical basis and context of patient counselling services by pharmacists. s. 5–18. Julkaisussa Counselling, Concordance, and Communication - Innovative Education for Pharmacists. 2. painos. Toim. Pohjanoksa-Mäntylä M, Yeung S, Puumalainen I, Airaksinen M. FIP-IPSF 2012. Haettu Internetistä 20.12.2016 [https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip\\_ipsf\\_pce\\_2nd\\_2012.pdf](https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip_ipsf_pce_2nd_2012.pdf).
- Allardt E: Sosiologia I. 2. painos. WSOY, Juva 1985.
- Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M: Pharmacists' perceptions regarding their contribution to improving the public's health: a systematic review of the United Kingdom and international literature 1990–2001. *The International Journal of Pharmacy Practice* 11: 111–120, 2003.
- Angst J, Gamma A, Clarke D, Ajdacic-Gross V, Rossler W, Regier D: Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122: 488–498, 2010.

- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T: The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25: 214-219, 2007a.
- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T: First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Canadian Family Physician* 53: 1200-1201, 2007b.
- Apteekkien Työnantajaliitto 2012. Haettu Internetistä 9.2.2014 <http://www.apta.fi/tilastot/2012>.
- Apteekkien Työnantajaliitto 2014. Haettu Internetistä 20.8.2014 <http://www.apta.fi/liitto>.
- Apteekkien Työnantajaliitto 2014a. Haettu Internetistä 9.2.2014 <http://www.apteekkariliitto.fi/fi/apteekkitieto/apteekit-numeroina.html>.
- Apta ja SFL 2003: Farmaseuttisen henkilöstön työehtosopimus 1.11.2010-31.10-2013 s. 74, 2003.
- Apteekkari 2011: Apteekki loistaa asiakaspalvelussa, julkaistu 24.1.2011. Haettu Internetistä 2.9.2014 [www.apteekkari.fi](http://www.apteekkari.fi).
- Apteekkari 2012: Apteekeilla tyytyväisimmät asiakkaat, julkaistu 26.1.2012. Haettu Internetistä 2.9.2014 [www.apteekkari.fi](http://www.apteekkari.fi).
- Apteekkari 2014a: Apteekeissa tyytyväisimmät asiakkaat, julkaistu 27.1.2014. Haettu Internetistä 2.9.2014 [www.apteekkari.fi](http://www.apteekkari.fi).
- Apteekkari 2014b: Apteekeilla tyytyväiset asiakkaat, julkaistu 16.7.2014. Haettu Internetistä 2.9.2014 [www.apteekkari.fi](http://www.apteekkari.fi).
- Apteekkien SV-ohjeet 2017. Sopimus suorakorvausmenettelystä. Haettu Internetistä 6.1.2017 [www.kela.fi](http://www.kela.fi).
- Arber S, Hislop J, Bote M, Meadows R: Gender roles and women`s sleep in mid and later life: a quantitative approach. *Sociological Research Online* <<http://www.socresonline.org.uk/12/5/3.html>> 12(5): 3, 2007.
- Backhaus J, Junghanns K, Born J, Hohaus K, Faasch F, Hohagen F: Impaired declarative memory consolidation during sleep in patients with primary insomnia: influence of sleep architecture and nocturnal cortisol release. *Biological Psychiatry* 60: 1324-30, 2006.
- Bader K, Schäfer V, Schenkel M, Nissen L, Schwander J: Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of Sleep Research* 16: 285-96, 2007.

- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D: Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 135: 10-19, 2011.
- Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs* 18(1): 37-48, 2004.
- Bartlett DJ, Marshall NS, Williams A, Grunstein RR: Predictors of primary medical care consultation for sleep disorders. *Sleep Medicine* 9(8): 857-864, 2008.
- Barrick MR, Mount MK: The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology* 44: 1-26, 1991.
- Bastien CH, Morin CM: Familial incidence of insomnia. *Journal of Sleep Research* 9(1): 49-54, 2000.
- Bastien CH, Vallieres A, Morin CM: Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine* 2(1): 50-62, 2004.
- Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Merette C, Dauvilliers Y, Morin C: Family history of insomnia in a population-based sample. *Sleep* 30: 1739-1745, 2007.
- Bélanger L, Belleville G, Morin C: Management of Hypnotic Discontinuation in Chronic Insomnia. *Sleep Medicine Clinics* 4(4): 583-592, 2009.
- Belleville G, Morin CM: Hypnotic Discontinuation in Chronic Insomnia: Impact of Psychological Distress, Readiness to Change, and Self-Efficacy. *Health Psychology* 27(2): 239-248, 2008.
- Belt NKE, Kronholm E, Kauppi MJ: Sleep problems in fibromyalgia and rheumatoid arthritis compared with the general population. *Clinical and Experimental Rheumatology* 27: 35-41, 2009.
- Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W: Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 119: 1005-1012, 2006.
- Bianchera E, Arber S: Caring and Sleep Disruption Among Women in Italy  
Sociological Research Online  
<<http://www.socresonline.org.uk/12/5/4.html>>12(5):4, 2007.
- Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S: A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: A randomized controlled comparative study. *Scandinavian Journal of Psychology* 52: 580-585, 2011.



- Björnsdóttir E, Janson C, Gíslason T, Sigurdsson JF, Pack AI, Gehrman P, Benediktsdóttir B: Insomnia in untreated sleep apnea patients compared to controls. *Journal of Sleep Research* 21(2): 131–138, 2012.
- Bjørngaard JH, Bjerkeset O, Romundstad P, Gunnell D: Sleeping problems and suicide in 75,000 norwegian adults: a 20 year follow-up of the HUNT I Study. *SLEEP* 34(9): 1155–1159, 2011.
- Bogdan A, Balázs R, Lupu V, Bogdan V: TREATING PRIMARY INSOMNIA: A COMPARATIVE STUDY OF SELF-HELP METHODS AND PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* 9(1): 67–82, 2009.
- Boiger M, Mesquita B. The Construction of Emotion in Interactions, Relationships and Cultures. *Emotion Review* 4(3): 221–229, 2012.
- Bonnet MH, Arand DL: Caffeine use as a model of acute and chronic insomnia. *Sleep* 15(6): 526–536, 1992.
- Bonnet MH, Arand DL: 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep* 18: 581–588, 1995.
- Bonnet MH, Arand DL: The consequences of a week of insomnia. *Sleep* 19(6): 453–461, 1996.
- Bonnet MH, Arand DL: The consequences of a week of insomnia II: patients with insomnia. *Sleep* 21(4): 359–368, 1998a.
- Bonnet MH, Arand DL: Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers. *Psychosomatic Medicine* 60: 610–615, 1998b.
- Borodulin K, Levälahti E, Saarikoski L, Lund L, Juolevi A, Grönholm M, Jula A, Laatikainen T, Männistö S, Peltonen M, Salomaa V, Sundvall J, Taimi M, Virtanen S, Vartiainen E: Kansallinen FINRISKI 2012-terveyystutkimus. Osa 2: Taulukkoliite. s. 334–335. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2013, Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2014.
- Bower KJ, Aldrich MS, Robinson EAR, Zucker RA, Greden JF: Insomnia, self medication and relapse to alcoholism. *The American Journal of Psychiatry* 158: 399–404, 2001.
- Brand S, Gerber M, Beck J, Hatzinger M, Pühse U, Holsboer-Trachsler E: High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents: a comparison of athletes and controls. *Journal of Adolescent Health* 46(2): 133–41, 2010.
- Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P: Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry* 39(6): 411–418, 1996.

- Brett J, Murnion B: Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber* 38: 152–155, 2015.
- Brisbare-Roch C, Dingemanse J, Koberstein R, Hoever P, Aissaoui H, Flores S, et al: Promotion of sleep by targeting the orexin system in rats, dogs and humans. *Nature Medicine* 13: 150–155, 2007.
- Broomfield NM, Espie CA: Initial insomnia and paradoxical intention: An experimental investigation of putative mechanisms using subjective and actigraphic measurement of sleep. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 31: 313–324, 2003.
- Brower KJ: Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol Research and Health* 25: 110–125, 2001.
- Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN: General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 5(4): 347–362, 2009.
- Bult K: Nähdään Farmasiapäivillä – Farmasian Päivät 1977–2006. Farmasian oppimiskeskus, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.
- Bunting BA, Cranor CW: The Asheville project: Long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management program for asthma. *Journal of the American Pharmacists Association* 46(2): 133–147, 2006.
- Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE: The Asheville project: Clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *Journal of the American Pharmacists Association* 48(1): 23–31, 2008.
- Burgos I, Richter L, Klein T, Fiebig B, Feige B, Lieb K, et al: Increased nocturnal Interleukin-6 excretion in patients with primary insomnia: a pilot study. *Brain, behavior, and immunity* 20: 246–253, 2006.
- Burr V: Sosiaalipsykologisia ihmiskäsityksiä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004.
- Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, Klassen TP, Witmans M: The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *Journal of General Internal Medicine* 22(9): 1335–1350, 2007.
- Butler EA, Egloff B, Wilhelm FH, Smith NC, Erickson EA, Gross JJ: The Social Consequences of Expressive Suppression. *Emotion* 3(1): 48–67, 2003.
- Butler EA, Gross JJ: Emotion and Emotion Regulation: Integrating Individual and Social Levels of Analysis. *Emotion Review* 1(1): 86–87, 2009.

- Buyssse DJ: Chronic insomnia. *The American Journal of Psychiatry* 165: 678–686, 2008.
- Buyssse DJ, Thompson W, Scott J, Franzen, PL, Germain A, Hall M, Moul DE, Nofzinger EA, Kupfer DJ: Daytime symptoms of primary insomnia: A prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep Medicine* 8: 198–208, 2007.
- Caap-Ahlgren M, Dehlin O: Insomnia and depressive symptoms in patients with Parkinson's disease. Relationship to health-related quality of life. An interview study of patients living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 32: 23-33, 2001.
- Caballero J, Souffrant G, Heffernan E: Development and outcomes of a psychiatric pharmacy clinic for indigent patients. *American Journal of Health-System Pharmacy* 65(3): 229-233, 2008.
- Calder AJ, Young AW, Keane J, Dean M: Configural Information in Facial Expression Perception. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance* 26(2): 527-551, 2000.
- Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA: Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 33(2): 414–420, 2010.
- Cardinali DP, Srinivasan V, Brzezinski A, et al: Melatonin and its analogs in insomnia and depression. *Journal of Pineal Research* 52(4): 365–375, 2012.
- Carlsen B, Glenton C, Pope C: Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice* 57(545): 971–978, 2007.
- Carney CE, Edinger JD, Meyer B, Lindman L, Istre T: Daily activities and sleep quality in college students. *Chronobiology International* 23: 623–37, 2006.
- Cervena K, Espa F, Perogamvros L, Perrig S, Merica H, Ibanez V: Spectral analysis of the sleep onset period in primary insomnia. *Clinical Neurophysiology* 125: 979-987, 2014.
- Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Glozier N, Saini, B: Insomnia patients' help-seeking experiences. *Behavioral Sleep Medicine* 12: 106–122, 2014.
- Clore GL, Huntsinger JR: How the Object of Affect Guides Its Impact. *Emotion Review* 1(1): 39–54, 2009.
- Corrigan PW, Shapiro JR: Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology* 20: 239–246, 2006.

- Cranor CW, Christensen DB: The Asheville Project: Short term outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *Journal of the American Pharmacists Association* 43(2): 149–159, 2003.
- Cunningham WA, Kirkland T: Emotion, Cognition, and the Classical Elements of Mind. *Emotion Review* 4(4): 369–370, 2012.
- Currie SR, Clark S, Hodgins DC, et al: Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. *Addiction* 99: 1121–1132, 2004.
- Currie SR, Wilson KG, Pontefract AJ, et al: Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 407–416, 2000.
- Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J, Baillargeon L: Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine* 10(4): 427–438, 2009.
- Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E: Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 5. Art. No.: CD009652. DOI: 10.1002/14651858.CD009652.pub2.*, 2015.
- Dauvilliers Y, Maret S, Tafti M: Genetics of normal and pathological sleep in humans. *Sleep Medicine Reviews* 9: 91–100, 2005.
- Davy Z, Middlemass J, Siriwardena AN: Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. *Health Expectations* 18(5): 1371–1383, 2015.
- De Niet G, Tiemens B, Lendemeijer GB, Lendemeijer B, Hutschemaekers G: Music-assisted relaxation to improve sleep quality: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 65(7): 1356–1364, 2009.
- Dolder CR, Nelson MH, Iler CA: The effects of mirtazapine on sleep in patients with major depressive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 24(3): 215–224, 2012.
- Dollman WB, LeBlanc VT, Stevens L, O'Connor PJ, Roughead EE, Gilbert AL: Achieving a sustained reduction in benzodiazepine use through implementation of an area-wide multi-strategic approach. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics* 30(5): 425–432, 2005.
- Dorsey CM, Bootzin RR: Subjective and psychophysiologic insomnia: An examination of sleep tendency and personality. *Biological Psychiatry* 41: 209–216, 1997.

- Drake C, Richardson G, Roehrs T, Scofield H, Roth T: Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal. *Sleep* 27(2): 285–291, 2004.
- Driver HS, Taylor SR: Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews* 4(4): 387–402, 2000.
- DSM-5 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Fifth Edition. Arlington, VA, 2013.
- Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmächer T, Polo-Kantola P, Skene DJ, Stenuit P, Tobler I, Porkka-Heiskanen T: Women's sleep in health and disease. *Journal of Psychiatric Research* 39: 55–76, 2005.
- Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE: Public health in community pharmacy: a systematic review of community pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* 11: 1–45, 2011.
- Ebben MR, Spielman AJ: Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioral Medicine* 32: 244–254, 2009.
- Ebert B, Wafford KA, Deacon S: Treating insomnia: Current and investigational pharmacological approaches. *Pharmacology & Therapeutics* 112: 612–629, 2006.
- Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB: Alcohol and Sleep I: Effects on Normal Sleep. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 37(4): 539–549, 2013.
- Edinger JD, Sampson WS: A primary care “friendly” cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 26: 177–82, 2003.
- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE: Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 285(14): 1856–1864, 2001.
- Ellis J, Croyley M: An examination of thought control strategies employed by acute and chronic insomniacs. *Sleep Medicine* 3: 393–400, 2002.
- Ellis JG, Cushing T, Germain A: Treating acute insomnia: a randomized controlled trial of a “single-shot” of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep* 38(6): 971–978, 2015.
- Eriksen W, Bjorvatn B, Bruusgaard D, Knardahl S: Work factors as predictors of poor sleep in nurses aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 81: 301–310, 2008.
- Erwin P: Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Suomennos ja täydennykset Ahokas M. 1. painos. WSOY, 2005.

- Espie CA: "Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 32: 1549–1558, 2009.
- Espie CA, Broomfield NM, MacMahon K, Macphee LM, Taylor LM: The attention–intention–effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep Medicine Reviews* 10: 215–245, 2006.
- Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L: The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy* 39: 45–60, 2001.
- Espie CA, MacMahon KM, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al: Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered smallgroup cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 30: 574–584, 2007.
- Fagerlin A, Sepucha KR, Couper MP, Levin CA, Singer E, Zikmund-Fisher BJ: Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey. *Medical Decision Making* 30: 35–52, 2010.
- Farrell B, Ward N, Dore N, Russell G, Geneau, R, Evans S: Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9(3): 288–301, 2012.
- Feige B, Al-Shajlawi A, Nissen C, Voderholzer U, Hornyak M, Spiegelhalder K, et al: Does REM sleep contribute to subjective wake time in primary insomnia? A comparison of polysomnographic and subjective sleep in 100 patients. *Journal of Sleep Research* 17: 180–90, 2008.
- Fernández-Dols JM, Crivelli C: Emotion and expression: Naturalistic studies. *Emotion Review* 5: 24–29, 2013.
- Fernandez-Mendoza J, Calhoun S, Bixler EO, Pejovic S, Karataraki M, Liao D, Vela-Bueno A, Ramos-Platon MJ, Sauder KA, Vgontzas AN: Insomnia with objective short sleep duration is associated with deficits in neuropsychological performance: a general population study. *Sleep* 33(4): 459–465, 2010.
- Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gómez P, Calbó-Caldentey C, Flores-Mateo G: Effectiveness of Valerian on insomnia: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Medicine* 11: 505–511, 2010.
- Fimea 2011. Fimean määräys 5/2011 Lääkkeiden toimittaminen. Haettu Internetistä 5.8.2014  
[http://www.fimea.fi/download/20644\\_Maarays\\_laakkeiden\\_toimittami\\_sesta\\_SUOMI\\_2011-12-19.pdf](http://www.fimea.fi/download/20644_Maarays_laakkeiden_toimittami_sesta_SUOMI_2011-12-19.pdf).

- Fimea 2015b. Valmisteyhteenvedot hakusanoilla Remeron ja Mirtazapin Actavis, - Bluefish, - Hexal, - Krka, -Orion ja – ratiopharma sekä käyttöaiheet-kohdassa hakusanalla unettomuus. Haettu Internetistä 17.1.2015 <http://www.fimea.fi/laaketieto/valmisteyhteenvedot/laakkeet>.
- FIMEA 2015c. Lääketieto. Kulutustiedot. Raportit. Lääkekulutus vuosina 2010-2013. Haettu Internetistä 25.3.2015 <http://www.fimea.fi/laaketieto/kulutustiedot>.
- Fogelholm M, Kronholm E, Kukkonen-Harjula K, Partonen T, Partinen M, Härmä M: Sleep-related disturbances and physical inactivity are independently associated with obesity in adults. *International Journal of Obesity* 31: 1713–1721, 2007.
- Ford DE, Kamerow DB: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association* 262: 1479-1484, 1989.
- Forgeard MJC: Happy people thrive on adversity: Pre-existing mood moderates the effect of emotion inductions on creative thinking. *Personality and Individual Differences* 51: 904–909, 2011.
- Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM: Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 16: 83-94, 2012.
- Fredrickson BL: The role of positive emotions in positive psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist* 56(3): 218-226, 2001.
- Frijda NH: Emotion Experience and its Varieties. *Emotion Review* 1(3): 264–271, 2009.
- Fujimura T, Matsuda Y-T, Katahira K, Okada M, Okanoya K: Categorical and dimensional perceptions in decoding emotional facial expressions. *Cognition and Emotion* 26(4): 587-601, 2012.
- Fuller JM, Wong KK, Hoyos C, Krass I, Saini B: Dispensing good sleep health behaviours not pills - a cluster-randomized controlled trial to test the feasibility and efficacy of pharmacist-provided brief behavioural treatment for insomnia. *Journal of Sleep Research* 25: 104–115, 2016.
- Fuller JM, Wong KK, Krass I, Grunstein R, Saini B: Sleep disorders screening, sleep health awareness, and patient follow-up by community pharmacists in Australia. *Patient Education and Counseling* 83: 325–335, 2011.
- Gerardin M, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Jolliet P: Benzodiazepines Consumption: Does Dependence Vary with Age?. *Substance Use & Misuse* 49:1417–1425, 2014.

- Gotter AL, Garson SL, Stevens J, Munden RL, Fox SV, Tannenbaum PL, Yao L, D Kuduk SD, McDonald T, Uslander JM, Tye SJ, Coleman PJ, Winrow CJ, Renger JJ: Differential sleep-promoting effects of dual orexin receptor antagonists and GABAA receptor modulators. *BMC Neuroscience* 15: 109, 2014.
- Gottesman C: GABA mechanisms and sleep. *Neuroscience* 111: 231-239, 2002.
- Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, Poulton R: Family conflict in childhood: a predictor of later insomnia. *Sleep* 29: 1063–1067, 2006.
- Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P: The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expect* 10: 286-298, 2007.
- Gross JJ, Barrett LF: Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review* 3(1): 8-16, 2011.
- Gross JJ, John OP: Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85(2): 348–362, 2003.
- Guirguis LM: Pharmacy patient care practice: Focus on communications in the theoretical framework of pharmaceutical care s. 55-63. *Julkaisussa Counselling, Concordance, and Communication - Innovative Education for Pharmacists. 2. painos. Toim. Pohjanoksa-Mäntylä M, Yeung S, Puumalainen I, Airaksinen M. FIP-IPSF 2012. Haettu Internetistä 20.12.2016* [https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip\\_ipsf\\_pce\\_2nd\\_2012.pdf](https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip_ipsf_pce_2nd_2012.pdf).
- Gunja N: The clinical and forensic toxicology of Z-drugs. *Journal of Medical Toxicology* 9: 155-162, 2013a.
- Gunja N: In the Zzz Zone: The Effects of Z-Drugs on Human Performance and Driving. *Journal of Medical Toxicology* 9: 163-171, 2013b.
- Haahtela T, Valovirta E, Hannuksela M, von Hertzen L, Jantunen J ym.: Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018 – suunnanmuutos tuo tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 35: 2165-2172, 2015.
- Haavisto M-L, Porkka-Heiskanen T, Hublin C, Härmä M, Mutanen P, Muller K, Virkkala J, Sallinen M: Sleep restriction for the duration of a work week impairs multitasking performance. *Journal of Sleep Research* 19: 444-454, 2010.
- Hajak G, Kirch W, Muller WE, Pittrow D, Wittchen HU: Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: A review of case reports and epidemiological data. *Addiction* 98(10): 1371-1378, 2003.



- Hakkarainen T, Airaksinen M: Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas. Fortis. Suomen Graafiset Palvelut Oy, Kuopio 2001.
- Harvey AG: Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep onset insomniacs and good sleepers. *The British Journal of Clinical Psychology* 39: 275–286, 2000.
- Harvey AG: Insomnia: symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review* 21(7): 1037–1059, 2001a.
- Harvey AG: I cant sleep, my mind is racing! an investigation of strategies of thought control in insomnia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29: 3–11, 2001b.
- Harvey AG: Beliefs about the utility of pre-sleep worry: an investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research* 27: 403–414, 2003.
- Harvey AG: Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Current Directions in Psychological Science* 17(5): 299–303, 2008.
- Harvey AG, Belanger L, Talbot L, Eidelman P, Beaulieu-Bonneau S, Fortier-Brochu É, Ivers H, Lamy M, Hein K, Soehner AM, Mérette C, Morin CM: Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82: 670–683, 2014.
- Harvey AG, Sharpley AL, Ree MJ, Stinson K, Clark DM: An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour Research and Therapy* 45(10): 2491–2501, 2007.
- Haynes SN, Adams A, Franzen M: The effects of presleep stress on sleep-onset insomnia. *Journal of Abnormal Psychology* 90: 601–606, 1981.
- Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixler EO, Chamberlin K, Soldatos CR: Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine* 43: 439–451, 1981.
- Heath AC, Kendler KS, Eaves LJ, Martin NG: Evidence For Genetic Influences On Sleep Disturbance And Sleep Pattern In Twins. *Sleep* 13(4): 318–335, 1990.
- Helakorpi S, Holstila A-L, Virtanen S, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 45/2012. Helsinki 2012.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 15/2011. Helsinki 2011.

- Helin-Salmivaara A, Klaukka T, Sairanen S, Idänpää-Heikkilä JE, Seppälä M: Toiminnallinen unettomuus – aiheetta väheksytty vaiva? Suomen Lääkärilehti 20: 2200-2204, 2000.
- Helkama K: Moraalipsykologia. Hyvän ja pahan tällä puolen. Edita. WS Bookwell Oy, Porvoo 2009.
- Helkama K, Myllyniemi R, Liebkind K: Johdatus sosiaalipsykologiaan. 3.-9. painos. Edita. Bookwell Oy, Porvoo 2013.
- Helldán A, Helakorpi S: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2015, Helsinki 2015.
- Helldán A, Helakorpi S, Virtanen S, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 15/2013. Helsinki 2013a.
- Helldán A, Helakorpi S, Virtanen S, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 21/2013. Helsinki 2013b.
- Helsingin yliopisto. Farmasian opinnot 1971-1972.
- Helsingin yliopisto. Farmasian opinto-opas 1976-1977.
- Helsingin yliopisto. Farmasian opinto-opas 1977-1978.
- Helsingin yliopisto. Farmasian opinto-opas 1978-1979.
- Helsingin yliopisto. Matemaattis-luonnontieteellinen tiedekunta: Farmasian opinto-opas 1999-2000.
- Helsingin yliopisto. Matemaattis-luonnontieteellinen tiedekunta: Farmasian opinto-opas 2001-2002.
- Henry D, McClellan D, Rosenthal L, Dedrick D, Gosdin M: Is sleep really for sissies? Understanding the role of work in insomnia in the U.S. Social Science and Medicine 66: 715-726, 2008.
- Henry D, Rosenthal L, Dedrick D, Taylor D: Understanding patient responses to insomnia. Behavioral Sleep Medicine 11(1): 40-55, 2013.
- Hepler CD, Strand LM: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 47:533-543, 1990.
- Hersberger K, Renggli V, Nirkko A, Mathis J, Schwegler K, Bloch K: Screening for sleep disorders in community pharmacies—evaluation of a campaign in

- Switzerland. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 31: 35–41, 2006.
- Hesse LM, von Moltke LL, Greenblatt DJ: Clinically Important Drug Interactions with Zopiclone, Zolpidem and Zaleplon. *CNS Drugs* 17 (7): 513-532, 2003.
- Hietanen JK, Surakka V, Linnankoski I: Facial electromyographic responses to vocal affect expressions. *Psychophysiology* 35: 530-536, 1998.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P: Tutki ja kirjoita. 13. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Keuruu 2007.
- Hislop J, Arber S: Sleepers Wake! The Gendered Nature of Sleep Disruption Among Mid-life Women. *Sociology* 37(4): 695–711, 2003.
- Hoffmann F: Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany. *German Medical Science*. 11:Doc10. DOI: 10.3205/000178, 2013.
- Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D: Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal* 162(2): 225-233, 2000.
- Holopainen A, Oksanen J, Pennanen P, Peura S, Kause J: Apteekkisopimukset – ohjeistus lääkäreille ja apteekkeille 2005. Terveyskirjasto 2005. Haettu Internetistä 5.2.2014: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50028a.pdf>.
- Hong S, Mills JP, Loreda JS, Adler KA, Dimsdale JE: The association between interleukin-6, sleep, and demographic characteristics. *Brain, Behavior, and Immunity* 19: 165–172, 2005.
- Hood HK, Rogojanski J, Moss TG: Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. *Current Treatment Options in Neurology* 16: 321, 2014.
- Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, Kaprio J: Heritability and mortality risk of insomnia-related symptoms: a genetic epidemiologic study in a population-based twin cohort. *Sleep* 34(7): 957-964, 2011.
- Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN: Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *British Medical Journal* 345: e8343, 2012.
- Hyypä M, Kronholm E, Alanen E: Quality of sleep during economic recession in Finland: A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine* 45(5): 731-738, 1997.

- Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Palmenia, Esa Print, Tampere 2008.
- Härmä M: Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32(6, special issue): 502–514, 2006.
- Härmä M, Tenkanen L, Sjöblom T, Alikoski T, Heinsalmi P: Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 24(4): 300-307, 1998.
- ICSD 2001. ICSD - International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. American Academy of Sleep Medicine, 2001. Haettu Internetistä 30.7.2012: [www.esst.org](http://www.esst.org).
- Ingram RE, Luxton DD: Vulnerability-Stress Models. Kirjassa: Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective, s. 32-46. Toim. Hankin BL, Abela JRZ, Sage Publications Inc. Thousand Oaks, USA 2005.
- Ivgy-May N, Roth T, Ruwe F, Walsh J: Esmirtazapine in non-elderly adult patients with primary insomnia: efficacy and safety from a 2-week randomized outpatient trial. *Sleep Medicine* 16: 831–837, 2015.
- Jack RE, Garrod OGB, Yu H, Caldara R, Schyn PG: Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109(19): 7241-7244, 2012.
- Jackson MC, Arlegui-Prieto M: Variation in Normal Mood State Influences Sensitivity to Dynamic Changes in Emotional Expression. *Emotion*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000126>, 2015.
- Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, et al: Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of Internal Medicine* 164: 1888-1896, 2004.
- Janson C, De Backer W, Gislason T, et al: Increased prevalence of sleep disturbance and daytime sleepiness in subjects with bronchial asthma: a population study of young adults in three European countries. *European Respiratory Journal* 9: 2132–8, 1996.
- Jokinen L: Apteekkitoiminnan strateginen kehittäminen muuttuvassa toimintaympäristössä. *Lisensiaatintyö*, Helsingin yliopisto 2016.
- Jones L, Edge J, Love AC: The effect of educational intervention on pharmacists' attitudes to substance misusers. *Journal of Substance Use* 10(5): 285–292, 2005.

- Kahan M, Wilson L, Wenghofer EF, Srivastava A, Resnick A, Janecek E, Sheehan C: Pharmacists' experiences with dispensing opioids. *Canadian Family Physician* 57: e448-454, 2011.
- Kajaste S: Unihäiriöt. Kirjassa: Kognitiivinen psykoterapia, s.332-345. Toim. Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna 2008.
- Kakkuri-Knuuttila M-L: Argumentti ja kritiikki. Lukemisen, keskustelun ja vaikuttamisen keinot. 5. painos. Gaudeamus. Tammer-Paino, Tampere 2003.
- Kalimo R, Tenkanen L, Härmä M, Poppius E, Heinsalmi P: Job stress and sleep disorders: findings from Helsinki Herat Study. *Stress Medicine* 16(2): 65-75, 2000.
- Kansanaho H: Implementation of the principles of patient counselling into practice in Finnish community pharmacies. Väitöskirja. Yliopistonpaino, Helsinki 2006.
- Kappas A: Emotion and Regulation are One!. *Emotion Review* 3(1): 17-25, 2011.
- Karjalainen K, Hakkarainen P: Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa: esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. s. 498-508 teoksessa: Yhteiskuntapolitiikka. Stakes 1455-6901. – 78(5), Helsinki 2013.
- Kashyap KC, Nissen LM, Smith SS, Kyle G: Management of over-the-counter insomnia complaints in Australian community pharmacies: a standardized patient study. *International Journal of Pharmacy Practice* 22: 125-134, 2014.
- Katajavuori N, Valtonen S, Pietilä K, Pekkonen O, Lindblom-Ylänne S, Airaksinen M: Myths behind patient counselling: A patient counselling study of non-prescription medicines in Finland. *Journal of Social Administrative Pharmarmacy* 19: 129-136, 2002.
- Katz DA, McHorney CA: Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Archives of Internal Medicine* 158(10): 1099-1107, 1998.
- Kensinger EA: Remembering the Details: Effects of Emotion. *Emotion Review* 1(2): 99-113, 2009.
- Keltner D, Buswell BN: Evidence for the distinctness of embarrassment, shame, and guilt: A study of recalled antecedents and facial expressions of emotion. *Cognition and Emotion* 10:155-171, 1996.
- Kippist C, Wong K, Bartlett DJ, Saini B: How do pharmacists respond to complaints of acute insomnia? A simulated patient study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 33: 237-245, 2011.

- Kivistö M, Härmä M, Sallinen M, Kalimo R: Work-related factors, sleep debt and insomnia in IT professionals. *Occupational Medicine* 58: 138–140, 2008.
- Klink M, Quan SF: Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. *Chest* 91(4): 540-546, 1987.
- Knutson KL, Ryden AM, Mander BA, Van Cauter E: Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine* 166: 1768-1774, 2006.
- Korkeila K: Mikä suojaa stressiltä ja stressihaitoilta?. *Suomen lääkärilehti* 61(40): 4085 -4090, 2006.
- Koskenvuo K, Hublin C, Partinen M, Paunio T, Koskenvuo M: Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: a population-based study of 26 000 Finns. *Sleep Medicine* 11: 17-22, 2010.
- Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J: *Farmakologia ja toksikologia*. s. 439-446. 8. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Medicina Kuopio 2012. Bookwell Oy, Porvoo 2012.
- Kronholm E: Uniongelmien ja unen keston epidemiologia ja yhteiskunnallinen merkitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 48: 114-122, 2011.
- Kronholm E, Härmä M, Hublin C: Uni ja nukkuminen. Julkaisussa *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa Terveys 2000 -tutkimus*, s. 61-69. Toim. Prättälä R, Paalanen L, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2, Helsinki 2007.
- Kronholm E, Härmä M, Hublin C, Aro AR, Partonen T: Self-reported sleep duration in Finnish general population. *Journal of Sleep Research* 15: 276–290, 2006.
- Kronholm E, Härmä M, Hublin C: Uni ja nukkuminen. Julkaisussa *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa Terveys 2000 -tutkimus*, s. 61-69. Toim. Prättälä R, Paalanen L, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2, Helsinki 2007.
- Kronholm E, Partonen T, Laatikainen T, Peltonen M, Harma M, Hublin C, Kaprio J, Aro AR, Partinen M, Fogelholm M, Valve R, Vahtera J, Oksanen T, Kivimäki M, Koskenvuo M, Sutela H: Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of Finnish population samples. *Journal of Sleep Research* 17(1): 54-62, 2008.
- Krystal AD: Insomnia in women. *Clinical Cornerstone* 5(3): 41-50, 2003.

- Kuitunen S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Holmström A-R, Peura S, Airaksinen M, Teinilä T: Lääkitysturvallisuus apteekeissa: Tilanne Apila-hankkeen alussa vuonna 2012. Farmaseuttinen aikakauskirja Dosis 30(3): 164-176, 2014.
- Kuula A: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere 2006.
- Kuusela P: Sosiaalipsykologian maailmahypoteesit – Tieteenalan historia ja sosiaalisen konstruktionismin muodot. Oy UNIpress Ab 2002.
- Kyle SD, Espie CA, Morgan K: "...Not just a minor thing, it is something major, which stops you from functioning daily": Quality of life and daytime functioning in insomnia. Behavioral Sleep Medicine 8: 123-140, 2010.
- Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki 2007.
- Kyngäs H, Vanhanen L: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11: 3- 12, 1999.
- Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E: FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveyspalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Taulukkoliite s. 268-269. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7 / 2003, Helsinki 2003.
- Lack LC, Gradisar M, van Someren EJW, Wright HR, Lushington K: The relationship between insomnia and body temperatures. Sleep Medicine Reviews 12: 307-317, 2008.
- Lader M, Tylee A, Donoghue J: Withdrawing benzodiazepines in primary care. CNS Drugs 23: 19-34, 2009.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu Internetistä 12.8.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Haettu Internetistä 30.7.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Lallukka T, Arber S, Rahkonen O, Lahelma E: Complaints of insomnia among midlife employed people: The contribution of childhood and present socioeconomic circumstances. Sleep Medicine 11: 828-836, 2010.
- Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E, Arber S: Sleep complaints in middle-aged women and men: the contribution of working conditions and work-family conflicts. Journal of Sleep Research 19: 466-477, 2010b.
- de Lange AH, Kompier MA, Taris TW, et al: A hard days night: a longitudinal study on the relationships among job demands and job control, sleep quality and fatigue. Journal of Sleep Research 18: 374-383, 2009.

- LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM: Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research* 63: 157-166, 2007.
- Léger D, Bayon V: Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 14: 379-349, 2010.
- Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M: Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research* 9: 35-42, 2000.
- Léger D, Laudon M, Zisapel N: Nocturnal 6-Sulfatoxymelatonin Excretion in Insomnia and Its Relation to the Response to Melatonin Replacement Therapy. *The American Journal of Medicine* 116:91-95, 2004.
- Leikola S: Development and application of comprehensive medication review procedure to community-dwelling elderly. Väitöskirja. Helsinki University Printing House, Helsinki 2012.
- Lemoine P, Nir T, Laudon M, et al: Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects. *Journal of Sleep Research* 16(4): 372-380, 2007.
- Leppävuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T: Insomnia in Ischemic Stroke Patients. *Cerebrovascular Disease* 14: 90-97, 2002.
- Lerner JS, Li Y, Valdesolo P, Kassam KS: Emotion and decision making. *Annual Review of Psychology* 66: 799-823, 2015.
- Lloyd C: The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 20(2): 85-95, 2013.
- Leufkens TRM, Vermeeren A: Zopiclone's Residual Effects on Actual Driving Performance in a Standardized Test: A Pooled Analysis of Age and Sex Effects in 4 Placebo-Controlled Studies. *Clinical Therapeutics* 36(1):141-150, 2014.
- Lundh L-G, Broman J-E: Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research* 49: 299-310, 2000.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea: Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 1/2012. Haettu Internetistä 8.1.2017 [www.fimea.fi/laaketieto/julkaisut](http://www.fimea.fi/laaketieto/julkaisut), 2012.



- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea: Kansallinen itsehoitolääkeohjema. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 1/2015. Haettu Internetistä 8.1.2017 [www.fimea.fi/laaketieto/julkaisut](http://www.fimea.fi/laaketieto/julkaisut), 2015.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2009 s. 259. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 2010.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2013. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 2014.
- Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 1993 s. 157. Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1994.
- Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2000 s. 222. Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 2001.
- Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2003 s. 240. Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 2004.
- Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2005 s. 241. Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 2006.
- Läkelaki 395/1987. Haettu Internetistä 14.8.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.
- MacFadyen L, Eadie D, McGowan T: Community pharmacists' experience of over-the-counter medicine misuse in Scotland. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 121(3): 185-192, 2001.
- MacLean AW, Cairns J: Dose-response effects of ethanol on young men. *Journal of Studies on Alcohol* 43: 434-444, 1982.
- Martikainen K, Partinen M, Hasan J, Laippala P, Urponen H, Vuori I: The impact of somatic health problems on insomnia in middle age. *Sleep Medicine* 4: 201-206, 2003.
- Martikainen J: Lääkkeiden kulutuksen ja käytön tutkiminen. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. s. 80-97. Toim. Hämeen-Anttila K, Katajavuori N. Palmenia, Esa Print, Tampere 2008.
- Matheson C, Thiruvethiyur M, Robertson H, Bond C: Community pharmacy services for people with drug problems over two decades in Scotland: Implications for future development. *International Journal of Drug Policy* 27: 105-112, 2016.
- McCoy JG, Strecker RE: The cognitive cost of sleep lost. *Neurobiology of Learning and Memory* 96: 564-582, 2011.

- McCormick R, Bryant L, Sheridan J, Gonzalez J: New Zealand community pharmacist attitudes toward opioid-dependent clients. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13(6): 563–575, 2006.
- McGregor C, Srisurapanont M, Mitchell A, et al: Symptoms and sleep patterns during inpatient treatment of methamphetamine withdrawal: a comparison of mirtazapine and modafinil with treatment as usual. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35: 334–342, 2008.
- McNamara JPH, Wang J, Holiday DB, Warren JY, Paradoa M, Balkhi AM, Fernandez-Baca J, McCrae CS: Sleep disturbances associated with cigarette smoking. *Psychology, Health & Medicine* 19: 410–419, 2014.
- Means MK, Edinger JD, Glenn DM, Fins AI: Accuracy of sleep perceptions among insomnia sufferers and normal sleepers. *Sleep Medicine* 4: 285–296, 2003.
- Means M, Lichstein K, Epperson M, Johnson C: Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behaviour Research and Therapy* 38: 665–678, 2000.
- Meisinger C, Heier M, Loewel H: Sleep disturbance as a predictor of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population. *Diabetologia* 48: 235–41, 2005.
- Merica H, Blois R, Gaillard J-M: Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. *European Journal of Neuroscience* 10: 1826–1834, 1998.
- Metso L, Winter T, Hakkarainen P: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet - Huumeaihteiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Raportti 17/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2012.
- Metsämuuronen J: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. korjattu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.
- Miller CB, Espie CA, Epstein DR, Friedman L, Morin CM, Pigeon WR, Spielman AJ, Kyle SD: The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep Medicine Reviews* 18: 415–424, 2014.
- Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA: Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice* 13:40, 2012.
- Monk TH, Reynolds CF, Buysse DJ, DeGrazia JM, Kupfer DJ: The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. *Chronobiology International* 20(1): 97–107, 2003.

- Monroe U: Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology* 72: 255-264, 1967.
- Monti JM, Spence DW, Buttoo K, Pandi-Perumal SR: Zolpidem`s use for insomnia. *Asian Journal of Psychiatry* 25: 79-90, 2017.
- Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al: Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *Sleep* 29: 1415-1419, 2006.
- Morin CM, Azrin NH: Stimulus control and imagery training in treating sleep maintenance insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 260-262, 1987.
- Morin CM, Benca R: Chronic insomnia. *Lancet* 379: 1129-1141, 2012.
- Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL: Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 29: 1398-414, 2006.
- Morin CM, Daley M, Ouellet MC: Insomnia in adults. *Current Treatment Options in Neurology* 3(1): 9-18, 2001.
- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al: Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 22(8): 1134-1156, 1999.
- Morin CM, Rodrigue S, Ivers H: Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine* 65: 259- 267, 2003.
- Morin CM, Vallières A, Ivers H: Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16). *Sleep* 30(11): 1547-1554, 2007.
- Murase K, Tabara Y, Ito H, Kobayashi M, Takahashi Y, Setoh K, et al: Knee Pain and Low Back Pain Additively Disturb Sleep in the General Population: A Cross-Sectional Analysis of the Nagahama Study. *PLoS ONE* 10(10): e0140058. doi:10.1371/journal.pone.0140058, 2015.
- Murtagh DR, Greenwood KM: Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 79-89, 1995.
- Mäenpää T, Airaksinen M, Ritvalehto P, Seppä K: Perusterveydenhuollon ja apteekin yhteistyö päihderiippuvaisten asiakkaiden lääkehoidossa. *Suomen lääkirilehti* 61: 1621-1625, 2006.

- Nelson J, Harvey AG: An exploration of pre-sleep cognitive activity in insomnia: imagery and verbal thought. *The British Journal of Clinical Psychology* 42: 271–288, 2003.
- Nicassio P, Bootzin R: A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatments for insomnia. *Journal of Abnormal Psychology* 83: 253–260, 1974.
- Nilsson P, Rööst M, Engström G, Hedblad B, Berglund G: Incidence of diabetes in middle-aged men is related to sleep disturbances. *Diabetes Care* 27: 2464–9, 2004.
- Nissen C, Kloepper C, Nofzinger EA, et al: Impaired sleep-related memory consolidation in primary insomnia—a pilot study. *Sleep* 29(8): 1068–1073, 2006.
- Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ: Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *The American Journal of Psychiatry* 161: 2126–2129, 2004.
- Norah K, Vincent NK, Walker JR: Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 49: 349–354, 2000.
- Nordfjærn T: A population-based cohort study of anxiety, depression, sleep and alcohol outcomes among benzodiazepine and z-hypnotic users. *Addictive Behaviors* 37: 1151–1157, 2012.
- Nordic Medico-Statistical Committee 2015. Health Statistics in the Nordic Countries 2014. Köpenhamina 2014 Haettu Internetistä 25.3.2015 <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:781991/FULLTEXT02.pdf>.
- Norlund S: Farmaseuttien käsitykset unettomuuden hoidosta ja unilääkkeiden käytöstä Suomessa – kysely apteekkifarmaseuteille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto 2011.
- Novak M, Shapiro CM: Drug-Induced Sleep Disturbances. Focus on Nonpsychotropic Medications. *Drug Safety* 16(2): 133–149, 1997.
- Nummenmaa L: Tunteiden psykologia. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Scandbook AB, Falun 2010.
- Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK: Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111(2): 646–651, 2014.
- Nylén L, Melin B, Laflamme L: Interference between work and outside-work demands relative to health: unwinding possibilities among full-time and part-time employees. *International Journal of Behavioral Medicine* 14: 229–236, 2007.

- Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JDE: Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience* 14(8): 1215–1229, 2002.
- Ogeil RP, Phillips JG: Commonly used stimulants: Sleep problems, dependence and psychological distress. *Drug and Alcohol Dependence* 153: 145–151, 2015.
- Ohayon MM: Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing between insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal of Psychiatric Research* 31(3): 333–346, 1997.
- Ohayon MM: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 6: 97–111, 2002.
- Ohayon MM: Prevalence and Correlates of Nonrestorative Sleep Complaints. *Archives of Internal Medicine* 165(1): 35–41, 2005.
- Ohayon MM, Bader G: Prevalence and correlates of insomnia in the Swedish population aged 19–75 years. *Sleep Medicine* 11: 980–986, 2010.
- Ohayon MM, Caulet M, Guilleminault C: Insomnia: how a general population perceives its sleep, and how this relates to the complaint of insomnia. *Sleep* 20(9): 715–723, 1997.
- Ohayon M, Partinen M: Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *Journal of Sleep Research* 11: 339–46, 2002.
- Ohayon MM, Roth T: Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research* 37(1): 9–15, 2003.
- Ohayon MM, Reynolds CF: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Medicine* 10: 952–960, 2009.
- Ohayon MM, Sagales T: Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Medicine* 11(10): 1010–8, 2010.
- Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH: Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: Comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(2): 166–172, 2000.
- Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S, Priest RG: How Age and Daytime Activities Are Related to Insomnia in the General Population: Consequences for Older People. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(4): 360–366, 2001.

- Ohira H: The somatic marker revisited: Brain and body in emotional decision making. *Emotion Review* 2(3): 245–249, 2010.
- Otmani S, Demazieres A, Staner C, et al: Effects of prolonged-release melatonin, zolpidem, and their combination on psychomotor functions, memory recall, and driving skills in healthy middle aged and elderly volunteers. *Human Psychopharmacology* 23(8): 693–705, 2008.
- Owens JF, Matthews KA: Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas* 30(1): 41–50, 1998.
- Pelkonen O, Korpi ER: Psykenlääkkeet. s. 571–578 Kirjassa Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia toim. Pelkonen O, Ruskoaho H, Hakkola J, Huupponen R, MacDonald E, Moilanen E, Pasanen M, Scheinin M, Vähäkangas K. 4. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2014.
- Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B: A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine* 15: 173–179, 2014.
- Palomäki H, Berg A, Meririnne E, Kaste M, Lönnqvist R, Lehtihalmes M, Lönnqvist J: Complaints of Poststroke Insomnia and Its Treatment with Mianserin. *Cerebrovascular Disease* 15: 56–62, 2003.
- Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K: Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine* 62: 1237–1249, 2006.
- Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM: Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* 104: 13–24, 2009.
- Partinen M, Eskelinen L, Tuomi K: Complaints of insomnia in different occupations. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 10(6): 467–469, 1984.
- Partinen M: Unitutkimukset unettomuuden diagnostiikassa. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Lisätietoa aiheesta 2008. Haettu Terveysportista 28.2.2015.
- Partonen T: Unettomuuden diagnostiikka. *Suomen Lääkärilehti* 69(6): 395–399, 2014.
- Partonen T, Lauerma H: Unihäiriöt. Kirjassa Psykiatria, s. 326–345. Toim. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2011.
- Patwardhan A, Duncan I, Murphy P, Pegus C: The value of pharmacists in health care. *Population Health Management* 15: 157–162, 2012.

- Paul MA, Gray G, Kenny G, et al: Impact of melatonin, zaleplon, zopiclone, and temazepam on psychomotor performance. *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 74(12): 1263–1270, 2003.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E: Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset: Taulukkoliite. s.571 ja 592-593. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B35 / 2008, Helsinki 2008.
- Pearson NJ, Johnson LL, Nahin RL: Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 National Health Interview Survey data. *Archives of Internal Medicine* 66: 1775–1782, 2006.
- Perlis ML, McCall WV, Krystal AD ym.: Long-term, non-nightly administration of zolpidem in the treatment of patients with primary insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry* 65:1128-37, 2004a.
- Perlis ML, Smith MT, Orff H, et al: The effects of Modafinil and cognitive behavior therapy on sleep continuity in patients with primary insomnia. *Sleep* 27(4): 715-725, 2004b.
- Pérodeau G, Grenon E, Grenier S, O'Connor K: Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. *Aging & Mental Health* 20(4): 380-390, 2016.
- Pinto de Azevedo MH, Soares MJ, Bos SC, Gomes AA, Maia B, Marques M, Pereira AT, Macedo A: Perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry* 10: 225-233, 2009.
- Pirttilä-Backman A-M: Kirjassa Arjen sosiaalipsykologia. Suoninen E, Pirttilä-Backman A-M, Lahikainen A, Ahokas M: Arjen sosiaalipsykologia. 1. painos. WSOYpro Oy, Helsinki 2010.
- Pressman MR: Sleep driving: Sleepwalking variant or misuse of z-drugs?. *Sleep Medicine Reviews* 15: 285-292, 2011.
- Puohiniemi M: Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja suomalaisen arkielämän tulkintaan. Limor kustannus, Vantaa 2002.
- Puumalainen I, Peura S, Kansanaho H, Benrimoj C, Airaksinen M: Progress in patient counselling practices in Finnish community pharmacies. *The International Journal of Pharmacy Practice* 13: 149-156, 2005a.
- Puumalainen I, Halonen P, Enlund H, Johnson K, Airaksinen M: Validation of the United States Pharmacopeia (USP) medication counselling behaviour guidelines. *Pharmacy Education* 5(2): 87-96, 2005b.

- Puumalainen I: Development of instruments to measure the quality of patient counselling. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 83. Kopijyvä, Kuopio 2005c.
- Puustinen J, Lähteenmäki R, Polo-Kantola P, Salo P, Vahlberg T, Lynes A, Neuvonen PJ, Partinen M, Rähä I, Kivelä S-L: Effect of withdrawal from long-term use of temazepam, zopiclone or zolpidem as hypnotic agents on cognition in older adults. *European Journal of Clinical Pharmacology* 70: 319, 2014.
- Regina S: Proviisori henkilöstön esimiehenä apteekissa – kyselytutkimus yksityisapteekkien esimiesproviisoreille vuonna 2007. Pro gardu - tutkielma, Helsingin yliopisto, Helsinki 2007.
- Reisen R, Studtmann M, Horstmann G: Coherence between emotion and facial expression: Evidence from laboratory experiments. *Emotion Review* 5(1): 16–23, 2013.
- Richards JM, Gross JJ: Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology* 79: 410–424, 2000.
- Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, Nissen C: The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews* 14: 19–31, 2010.
- Riemann D, Voderholzer U: Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders* 76: 255–259, 2003.
- Riikola T, Partinen M: Unettomuus - Käyvän hoidon potilasversiot 28.7.2008. Haettu Internetistä 11.4.2013  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00075&suositusid=hoi50067>.
- Rimé B: Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review* 1(1): 60–85, 2009.
- Ritterband LM, Thorndike FP, Gonder-Frederick LA, Magee JC, Bailey ET, Saylor DK, Morin CM: Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry* 66: 692–698, 2009.
- Robinson JD, Segal R, Lopez LM, Doty RE: Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *Annals of Pharmacotherapy* 44(1):88–96, 2010.
- Roeh T, Roth T: Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics* 9: 728–738, 2012.



- Roth T, Eklov SD, Drake CL, Verster JC: Meta-Analysis of On-the-Road Experimental Studies of Hypnotics: Effects of Time After Intake, Dose, and Half-Life. *Traffic Injury Prevention* 15(5): 439-445, 2014.
- Saastamoinen L, Enlund H, Klaukka T: Repeat prescribing in primary care: a prescription study. *Pharmacy World and Science* 30: 605-609, 2008.
- de Saint Hilaire Z, Straub J, Pelissolo A: Temperament and character in primary insomnia. *European Psychiatry* 20: 188-192, 2005.
- Salminen E, Clemens KE, Syrjänen K, Salmenoja H: Needs of developing the skills of palliative care at the oncology ward. *Support Care Cancer* 16: 3-8, 2008.
- SALnet-tietokanta 2014a. Farmaseuttinen tiedote 21/2002 27.11.2002.
- SALnet-tietokanta 2014b. Farmaseuttinen tiedote 12/2004 24.6.2004.
- SALnet-tietokanta 2014c. Farmaseuttinen tiedote 20/2008 29.10.2008.
- SALnet-tietokanta 2014d. Farmaseuttinen tiedote 21/2008 12.11.2008.
- Salo P, Vahtera J, Hall M, Rod NH, Virtanen M, Pentti J, Sjösten N, Oksanen T, Kivimäki M: Using repeated measures of sleep disturbances to predict future diagnosis-specific work disability: a cohort study. *Sleep* 35(4): 559-569, 2012.
- Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P: How to enhance public health service utilization in community pharmacy?: General public and health providers' perspectives. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10: 272-284, 2014.
- Savela E: Ammattitaidon ylläpitäminen apteekissa – farmaseuttien ja proviisoreiden kouluttautuminen normiteorian viitekehyksessä. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 62. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio 2003.
- Schaafsma E, Airaksinen M: How to develop communication skills using drama techniques. s. 26-30. Julkaisussa *Counselling, Concordance, and Communication - Innovative Education for Pharmacists*. 2. painos. Toim. Pohjanoksa-Mäntylä M, Yeung S, Puumalainen I, Airaksinen M. FIP-IPSF 2012. Haettu Internetistä 20.12.2016 [https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip\\_ipsf\\_pce\\_2nd\\_2012.pdf](https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip_ipsf_pce_2nd_2012.pdf).
- Schmid PC, Mast MS: Mood effects on emotion recognition. *Motivation and Emotion* 34: 288-292, 2010.
- Sheridan J, Manning V, Ridge G, Mayet S, Strang J: Community pharmacies and the provision of opioid substitution services for drug misusers: changes

- in activity and attitudes of community pharmacists across England 1995–2005. *Addiction* 102(11): 1824–1830, 2007.
- Siebern AT, Suh S, Nowakowski S: Non-Pharmacological Treatment of Insomnia. *Neurotherapeutics* 9: 717–727, 2012.
- Siemer M: Mood experience: Implications of a dispositional theory of moods. *Emotion Review* 1(3): 256–263, 2009.
- Silva A, Collao A, Orellana M, Melendez J, Caviedes P, Cardenas AM: Zopiclone, but not brotizolam, impairs memory storage during sleep. *Neuroscience Research* 47: 241–243, 2003.
- Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Liao D, Calhoun S, Shaffer ML, Bixler EO: Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. *Sleep Medicine* 13: 346–353, 2012.
- Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN: General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Family Practice* 14:191, doi:10.1186/1471-2296-14-191, 2013.
- Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Orner R: General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16: 731–737, 2010.
- Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas JV, Middleton H, Orner R: Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *British Journal of General Practice* 58: 417–422, 2008.
- Sivertsen B, Krokstad S, Øverland S, Mykletun A: The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health: The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research* 67: 109–116, 2009.
- Sjöström N, Wærn M, Hetta J: Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep* 30(1): 91–95, 2007.
- Smith M, Perlis M, Park A, Smith M, Pennington J, Giles D, Buysse J: Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *American Journal of Psychiatry* 159: 5–11, 2002.
- Smith MT, Perlis ML, Smith MS, et al: Sleep quality and presleep arousal in chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 23(1): 1–13, 2000.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011: Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2:2011. Haettu Internetistä 14.8.2014:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf).

Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ: Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 10: 45-56, 1987.

Srinivasan V, Pandi-Perumal SR, Trahkt I, et al: Melatonin and melatonergic drugs on sleep: possible mechanisms of action. *International Journal of Neuroscience* 119(6): 821-846, 2009.

Stakes ja Rohto 2006. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. Stakesin Työpapereita 28/2006. Haettu Internetistä 13.11.2016 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Stinson K, Tang NKY, Harvey AG: Barriers to treatment seeking in primary insomnia in the United Kingdom: A cross-sectional perspective. *Sleep* 29: 1643-1646, 2006.

Stranks EK, Crowe SF: The acute cognitive effects of zopiclone, zolpidem, zaleplon, and eszopiclone: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 36(7): 691-700, 2014.

van Straten A, Cuijpers P: Self-help therapy for insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 13: 61-71, 2009.

van Straten A, Cuijpers P, Smit F, Spermon M, Verbeek I: Self-help treatment for insomnia through television and book: A randomized trial. *Patient Education and Counseling* 74: 29-34, 2009.

Šubelj M, Vidmar G, Švab V: Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wiener klinische Wochenschrift* 122: 474-478, 2010.

Subramanian S, Guntupalli B, Murugan T, Bopparaju S, Chanamololu S, et al: Gender and ethnic differences in prevalence of self-reported insomnia among patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath* 15(4):711-715, 2011.

Suomen Apteekkariliitto 2005: Apteekki terveydenhuollossa - apteekki yhteiskunnassa. Suomen Apteekkariliiton julkaisuja n:o 64, 2005. Haettu Internetistä 6.8.2014 [http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/apteekki\\_terveydenhuollossa\\_ja\\_yhteiskunnassa.pdf](http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/apteekki_terveydenhuollossa_ja_yhteiskunnassa.pdf).

Suomen Apteekkariliitto 2008: Apteekkien haamuasiakastutkimus 2008. Saatua sähköpostitse 26.8.2014 Apteekkariliiton asiantuntijaproviisori Tuula Teinilältä.

Suomen Apteekkariliitto 2011a: Apteekkien haamuasiakastutkimus 2011. Haettu 25.8.2014 Apteekkariliiton Salkku-palvelusta.

Suomen Apteekkariliitto 2011: Ammattiapteekkistrategia 2012-2020. Haettu Internetistä 6.8.2014  
[http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/ammattiapteekkistrategia\\_2012-2020.pdf](http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/ammattiapteekkistrategia_2012-2020.pdf).

Suomen Apteekkariliitto 2012: Apteekkien haamuasiakastutkimus 2012. Haettu 27.8.2014 Apteekkariliiton Salkku-palvelusta.

Suomen Apteekkariliitto 2014a: Apteekit numeroina. Haettu Internetistä 18.8.2014 <http://www.apteekkariliitto.fi/fi/apteekkitieto/apteekit-numeroina.html>.

Suomen Apteekkariliitto 2014b: Apteekkariliitto. Haettu Internetistä 18.8.2014 <http://www.apteekkariliitto.fi/fi/apteekkariliitto.html>.

Suomen Farmasialiitto: Asiakas apteekissa -palsta alkaa, Opiskelijat ohjeistavat asiakastapauksia. Semina 1: 16-17, 2002.

Suoninen E, Pirttilä-Backman A-M, Lahikainen AR, Ahokas M: Arjen sosiaalipsykologia. 1.-2. painos. WSOYpro Oy, Helsinki 2011.

Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM: Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep* 24: 665-670, 2001.

Swanson LM, Arnedt JT, Rosekind MR, Belenky G, Balkin TJ, Drake C: Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *Journal of Sleep Research* 20: 487-494, 2011.

Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV: A systematic review of valerian as a sleep aid: Safe but not effective. *Sleep Medicine Reviews* 11: 209-230, 2007.

Tang N, Wright, Salkovskis P: Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *Journal of Sleep Research* 16: 85-95, 2007.

Talala K, Huurre T, Aro H, Martelin T, Prättälä R: Socio-demographic Differences in Self-reported Psychological Distress Among 25- to 64-Year-Old Finns. *Social Indicators Research* 86: 323-335, 2008.

Tani M, Kanai C, Ota H, Yamada T, Watanabe H, Yokoi H, Takayama Y, Ono T, Hashimoto R, Kato N, Iwanami A: Mental and behavioral symptoms of person's with Asperger's syndrome: Relationships with social isolation and handicaps. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6: 907-912, 2012.

- Tani P, Lindberg N, Nieminen-von Wendt T, von Wendt L, Alanko L, Appelberg B, Porkka-Heiskanen T: Insomnia is a frequent finding in adults with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry* 3:12, 2003.
- Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS: Physician communication when prescribing new medications. *Archives of Internal Medicine* 166: 1855-1862, 2006.
- Tautiluokitus ICD-10 2011. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu Internetistä 10.10.2014: [www.julkari.fi](http://www.julkari.fi).
- Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, et al: Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep* 28(11): 1457-1464, 2005.
- Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, et al: Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep* 30(2): 213-218, 2007.
- Teinilä T: APILA - Apteekkien lääkitysturvallisuushanke, Apteekki lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden asiantuntijana. Suomen Apteekkariliitto 4.6.2012. Haettu Internetistä 28.7.2014 <http://www.slideshare.net/Laaketietokeskus/apteekkien-lkitysturvallisuushanke-apila-asiantuntijaproviisori-tuula-teinil-suomen-apteekkariliitto>.
- Terveyspalvelut 1326/2010. Haettu Internetistä 10.8.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Terveysportti. Liikeaktiiviteettirekisteröinti, aktigrafia. Lääkärin tietokannat. Laboratoriotutkimukset (HUSLAB). Haettu Terveysportista 27.2.2015.
- Terzano MG, Rossi M, Palomba V, et al: New drugs for insomnia: comparative tolerability of zopiclone, zolpidem and zaleplon. *Drug Safety* 26(4): 261-282, 2003.
- THL 2012. Lääkehoidon päivä. Haettu Internetistä 28.7.2014 [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/uutiset-2012#Tunne%201%C3%A4%C3%A4kkeesi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/uutiset-2012#Tunne%201%C3%A4%C3%A4kkeesi) THL:n uutiset 2012.
- Thomas M, Sing H, Belenky G, Holcomb H, Mayberg H, Dannals R, Rowland L, et al: Neural basis of alertness and cognitive performance impairments during sleepiness: I. Effects of 24 h of sleep deprivation on waking human regional brain activity. *Journal of Sleep Research* 9(4): 335-352, 2000.
- Towle I, Adams J: A novel, pharmacist-led strategy to reduce the prescribing of benzodiazepines in Paisley. *Pharmaceutical Journal* 276: 136-138, 2006.
- Tran A, Fuller JM, Wong KK, Grunstein RR, Krass I, Saini B: The development of a sleep disorder screening program in Australian community pharmacies. *Pharmacy World & Science* 31: 473-480, 2009.

- Troxel WM, Germain A, Buysse DJ: Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI). *Behavioral Sleep Medicine* 10: 266–279, 2012.
- Tsutsui S: A double-blind comparative study of zolpidem versus zopiclone in the treatment of chronic primary insomnia. *The Journal of International Medical Research* 29: 163–77, 2001.
- Tuomi J, Sarajärvi A: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hansaprint Oy, Vantaa 2013.
- Turner RM, Ascher LM: Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 500–508, 1979.
- Tze-Min Ang K, Saini B, Wong K: Sleep health awareness in pharmacy undergraduates and practising community pharmacists. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 33: 641–652, 2008.
- Ulfberg J, Carter N, Talback M, Edling C: ADVERSE HEALTH EFFECTS AMONG WOMEN LIVING WITH HEAVY SNORERS. *Health Care for Women International* 21(2): 81–90, 2000.
- Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2008. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2008. Haettu Internetistä 25.9.2011: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 3.12.2015. Haettu Internetistä 17.12.2016: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Urru SAM, Pasina L, Minghetti P, Giua C: Role of community pharmacists in the detection of potentially inappropriate benzodiazepines prescriptions for insomnia. *International Journal of Clinical Pharmacy* 37: 1004–1008, 2015.
- Vahtera J, Pentti J, Helenius H, Kivimäki M: Sleep disturbances as a predictor of long-term increase in sickness absence among employees after family death or illness. *Sleep* 29: 673–82, 2006.
- Vainio K, Airaksinen M, Hyykky T, Enlund K: Effect of therapeutic class on counseling in community pharmacy. *Annals of Pharmacotherapy* 36(5): 781–786, 2002.
- Vainio K: Lääkeneuvonnan kehittäminen suomalaisissa apteekeissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tiedet A78. Kuopio, 2004.

- Valli R: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Toim. Juhani Aaltola ja Raine Valli. PS-kustannus, WS Bookwell Oy, Juva 2010.
- Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista 543/2008. Haettu Internetistä 14.5.2015 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080543>.
- Vande Griend GJ, Anderson SL: Histamine-1 receptor antagonism for treatment of insomnia. *Journal of the American Pharmacists Association* 52(6): E210-E219, 2012.
- Varunki M, Puumalainen I, Kansanaho H, Airaksinen M: Lääkeneuvonnan kehittäminen apteekeissa – TIPPA-projektin implementointi. *Dosis* 20(2): 119-129, 2004.
- Versiani M, Moreno R, Ramakers-van Moorsel CJA, Schutte AJ et al.: Comparison of the Effects of Mirtazapine and Fluoxetine in Severely Depressed Patients. *CNS Drugs* 19 (2): 137-146, 2005.
- Vilkka H: Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä 2009.
- Wade AG, Ford I, Crawford G, et al: Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Medicine* 8:51, 2010.
- Wagner J, Wagner ML: Non-benzodiazepines for the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 4(6): 551–581, 2000.
- Waters WF, Hurry MJ, Binks PG, et al: Behavioral and Hypnotic Treatments for Insomnia Subtypes. *Behavioral Sleep Medicine* 1: 81-101, 2003.
- Watson NF, Goldberg J, Arguelles L, Buchwald D: Genetic and environmental influences on insomnia, daytime sleepiness, and obesity in twins. *Sleep* 29: 645–649, 2006.
- Wetter DW, Young TB: The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Preventive Medicine* 23: 328-334, 1994.
- Wicklow A, Espie CA: Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy* 38: 679–693, 2000.
- Wiegand MH: Antidepressants for the treatment of insomnia: a suitable approach? *Drugs* 68: 2411–2417, 2008.

- Williams J, Roth A, Vathauer K, McCrae CS: Cognitive behavioral treatment of insomnia. *Chest* 143: 554–565, 2013.
- Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, et al: Major depression and insomnia in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 18: 77–83, 2002.
- Winkelman JW, Buxton OM, Jensen E, Benson KL, O'Connor SP, Wang W, et al: Reduced brain GABA in primary insomnia: preliminary data from 4T proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS). *Sleep* 31: 1499–1506, 2008.
- Winkelman P: Bob Zajonc and the Unconscious Emotion. *Emotion Review* 2(4): 353–362, 2010.
- Winkler A, Auer C, Doering BK, Rief W: Drug Treatment of Primary Insomnia: A Meta-Analysis of Polysomnographic Randomized Controlled Trials. *CNS Drugs* 28: 799–816, 2014.
- Wolde GBT, Dijkstra A, van Empelen P, van den Hout W, Neven AK, Zitman F: Long-term effectiveness of computer-generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial. *Addiction* 103: 662–670, 2008.
- Wong MM, Brower KJ: The prospective relationship between sleep problems and suicidal behavior in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Psychiatric Research* 46: 953–959, 2012.
- Woolfolk RL, McNulty TF: Relaxation Treatment for Insomnia: A Component Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(4): 495–503, 1983.
- Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP: Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *Journal of Health Psychology* 15: 147–55, 2010.
- Yeung W-F, Chung K-F, Yung K-P, Ho-Yee Ng T: Doxepin for insomnia: A systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Medicine Reviews* 19: 75–83, 2015.
- YFK-UFK N:o 5. Farmasian opinto-opas 1968.
- YFK-UFK N:o 8. Farmasian opinto-opas 1969.
- Ylikoski P: Onko valta kyky-käsite?. Kirjassa Mitä on valta? s.13–24. Toim. Räikkä J, Wennberg M. Oy UNIPress Ab, Kuopion yliopiston painatuskeskus 2000.
- Youngstedt SD, Goff EE, Reynolds AM, Kripke DF, Irwin MR, Bootzin RR, Khan N, Jean-Louis G: Has adult sleep duration declined over the last 50+ years? *Sleep Medicine Reviews* 28: 65–81, 2016.



Zajonc RB: Feeling and Thinking - Preferences Need No Inference. *American Psychologist* 35(2): 151-175, 1980.

Zhang B, Wing Y-K: Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep* 29(1): 85-93, 2006.

Zwaenepoel L, Bilo R, De Boever W, De Vos M, Reyntens J, Hoorens V, Sermeus W, Laekeman G: Desire for information about drugs: a survey of the need for information in psychiatric in-patients. *Pharmacy World and Science* 27: 47-53, 2005.

# 11 LIITTEET

## LIITE 1 KYSELYIDEN LÄHETTÄMISAIKATAULU

Kyselyiden lähettämisaikataulu

Etelä-Pohjanmaan jäsenyhdistys	Tyypillinen työikäinen uneton 5.3.2013 Melatoniini ja valeriana 14.3.2013 Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 21.3.2013 Tsopikloni 31.3.2014 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013
Keski-Suomen jäsenyhdistys	Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 5.3.2013 Tyypillinen työikäinen uneton 14.3.2013 Melatoniini ja valeriana 21.3.2013 Tsopikloni 31.3.2014 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013
Lahden jäsenyhdistys	Melatoniini ja valeriana 5.3.2013 Tyypillinen työikäinen uneton 14.3.2013 Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 24.3.2013 Tsopikloni 31.3.2014 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013
Tampereen jäsenyhdistys	Tyypillinen työikäinen uneton 7.3.2013 Melatoniini ja valeriana 17.3.2013 Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 24.3.2013 Tsopikloni 31.3.2014 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013
Uudenmaan jäsenyhdistys	Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 7.3.2013 Melatoniini ja valeriana 17.3.2013 Tyypillinen työikäinen uneton 25.3.2013 Tsopikloni 31.3.2014 Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013
Saimaan jäsenyhdistys	Tyypillinen työikäinen uneton 7.3.2013 Melatoniini ja valeriana 17.3.2013 Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 24.3.2013

	<p>Tsopikloni 31.3.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Helsingin jäsenyhdistys	<p>Tyypillinen työikäinen uneton 8.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 17.3.2013</p> <p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 24.3.2013</p> <p>Tsopikloni 31.3.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Pohjois-Karjalan jäsenyhdistys	<p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 9.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 17.3. ja 14.4.2013</p> <p>Tyypillinen työikäinen uneton 25.3.2013</p> <p>Tsopikloni 31.3.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Pohjolan jäsenyhdistys	<p>Tyypillinen työikäinen uneton 10.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 17.3.2013</p> <p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 24.3.2013</p> <p>Tsopikloni 31.3.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Kymenlaakson jäsenyhdistys	<p>Tyypillinen työikäinen uneton 14.4.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 19.4.2013</p> <p>Tsopikloni 25.4.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 4.5.2013</p> <p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 10.5.2013</p>
Turun jäsenyhdistys	<p>Tyypillinen työikäinen uneton 12.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 24.3.2013</p> <p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 31.3.2013</p> <p>Tsopikloni 13.4.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Länsi-Uudenmaan jäsenyhdistys	<p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 14.3.2013</p> <p>Tsopikloni 21.3.2014</p> <p>Tyypillinen työikäinen uneton 31.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriaana 7.4.2013</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Satakunnan jäsenyhdistys	<p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 15.3.2013</p> <p>Tyypillinen työikäinen uneton 25.3. ja 5.4.2013</p>

	<p>Melatoniini ja valeriana 31.3. ja 5.4.2013</p> <p>Tsopikloni 13.4.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>
Savon jäsenyhdistys	<p>Tyypillinen työikäinen uneton 15.3.2013</p> <p>Melatoniini ja valeriana 21.3.2013</p> <p>Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät 31.3.2013</p> <p>Tsopikloni 7.4.2014</p> <p>Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen 19.4.2013</p>

## LIITE 2 TYYPILLINEN TYÖIKÄINEN UNETON - KYSELYLOMAKE

Tutkimuskysely apteekki- ja farmaseuteille - TYYPILLINEN TYÖIKÄINEN UNETON

*Arvoisa farmaseutti,*

Tässä väitöskirjaan liittyvässä tutkimuksen osassa on Sinua koskevien taustatietokysymysten lisäksi **viisi lyhyttä kysymystä** koskien **unettomuutta - olen kiinnostunut Sinun ajatuksistasi**. Vastaamiseen kannattaa varata aikaa noin **10 minuuttia**.

Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja ne tulevat vain tutkimusta tekevän jatkotutkinto-opiskelijan käyttöön. Tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena siten, että **vastaajia ei pysty tunnistamaan eikä yksilöimään. Vastausaikaa on huhtikuun loppuun asti**. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa **sirpa.c.regina@helsinki.fi**.

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Sirpa Regina  
sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija

### TAUSTATIEDOT SINUSTA

1. Syntymävuosi\* \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli\*
  - ☐ nainen
  - ☐ mies
3. Siviilisääty\*
  - ☐ yksinasuja (sinkku, eronnut, leski)
  - ☐ avo/avioliitossa
4. Asuinmaakuntasi\* \_\_\_\_\_
5. Apteekki, jossa työskentelet sijaitsee\*
  - ☐ maaseudulla
  - ☐ maaseudunomaisessa pienessä kaupungissa
  - ☐ kaupungissa •
6. Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2012 tuhansien tai kymmenientuhansien tarkkuudella\* \_\_\_\_\_
7. Minä vuonna olet valmistunut farmaseutiksi?\* \_\_\_\_\_

## UNETTOMUUS

SEURAAVAT KOHDAT LIITTYVÄT UNETTOMUUTEEN. Tässä tutkimuksessa unettomuuden määritelmä on seuraavanlainen: vähintään 2 viikon ajan vähintään 3:na iltana viikossa henkilöllä on vaikeuksia nukahtaa, 1 tai useampi yöllinen herääminen, jonka jälkeen vaikeuksia nukahtaa uudelleen tai herääminen liian aikaisin, vaikka olisi mahdollisuus nukkua pidempään. Näiden lisäksi unettoman tulee seuraavana päivänä kokea edellä esitetyllä tavalla määritellyn unettomuuden vaikuttavan haitallisesti hänen elämäänsä.

### 8. Valitse sopivin unettomuuteen liittyvä vaihtoehto\*

- ☐ Olen itse nykyään uneton.
- ☐ Olen ollut itse aiemmin uneton.
- ☐ Olen nykyään uneton, ja minulla on ollut aiemminkin unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole itsellä unettomuuskokemusta, mutta lähipiirissäni on tai on ollut unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole henkilökohtaista unettomuuskokemusta itselläni eikä lähipiirissä.

9. Mistä unettoman kannattaa ensisijaisesti lähteä hakemaan apua ongelmaansa silloin, kun unettomuuden taustalla ei ole fyysistä tai psyykkistä sairautta? Kirjoita vastauksesi alla olevaan ruutuun. Vastausruudun tila joustaa tarpeen mukaan.

 . .

10. Kehotatko unetonta käsikauppa-asiakastasi pitämään nukkumisestaan päiväkirjaa?

- ☐ kyllä
- ☐ en

11. Jos vastasit kyllä edelliseen kysymykseen, niin minkälaisissa tilanteissa kehotat työikäistä unetonta käsikauppa-asiakastasi pitämään nukkumispäiväkirjaa?

## OMA NÄKEMYKSESI UNETTOMASTA

12. Oman apteekkikokemuksesi perusteella kuvaile, millainen on tyypillinen työikäinen uneton asiakas apteekissa – siis oma henkilökohtainen näkemyksesi hänestä.

Kiitos vastauksistasi!

## KOMMENTIT

Tässä tilaa Sinun omille kommenteille. Ole hyvä

• •

• •

## TIETOJEN LÄHETYS

Yhteystietoni [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

© Eduix Oy

## LIITE 3 MELATONIINI JA VALERIAANA - KYSELYLOMAKE

MELATONIINI JA VALERIAANA – Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille

*Arvoisa farmaseutti,*

Tässä väitöskirjaan liittyvässä tutkimuksen osassa on Sinua koskevien taustatietokysymysten lisäksi **kysymyksiä melatoniinin ja valeriaanan myymisestä käsikaupassa**. Vastaamiseen kannattaa varata aikaa **noin 10 minuuttia**.

Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja ne tulevat vain tutkimusta tekevän jatkotutkinto-opiskelijan käyttöön. Tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena siten, että **vastaajia ei pysty tunnistamaan eikä yksilöimään**. **Vastausaikaa on huhtikuun loppuun asti**. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa **sirpa.c.regina@helsinki.fi**.

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Sirpa Regina

sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija

### TAUSTATIEDOT SINUSTA

1. Syntymävuosi\* \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli\*
  - ☐ nainen
  - ☐ mies
3. Siviilisäätö\*
  - ☐ yksinasuja (sinkku, eronnut, leski)
  - ☐ avo/avioliitossa
4. Asuinmaakuntasi\* \_\_\_\_\_
5. Apteekki, jossa työskentelet sijaitsee\*
  - ☐ maaseudulla
  - ☐ maaseudunomaisessa pienessä kaupungissa
  - ☐ kaupungissa •
6. Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2012 tuhansien tai kymmenientuhansien tarkkuudella\* \_\_\_\_\_



7. Minä vuonna olet valmistunut farmaseutiksi?\*

## UNETTOMUUS

SEURAAVAT KOHDAT LIITTYVÄT UNETTOMUUTEEN. Tässä tutkimuksessa unettomuuden määritelmä on seuraavanlainen: vähintään 2 viikon ajan vähintään 3:na iltana viikossa henkilöllä on vaikeuksia nukahtaa, 1 tai useampi yöllinen herääminen, jonka jälkeen vaikeuksia nukahtaa uudelleen tai herääminen liian aikaisin, vaikka olisi mahdollisuus nukkua pidempään. Näiden lisäksi unettoman tulee seuraavana päivänä kokea edellä esitetyllä tavalla määritellyn unettomuuden vaikuttavan haitallisesti hänen elämäänsä.

8. Valitse sopivin unettomuuteen liittyvä vaihtoehto\*

- ☐ Olen itse nykyään uneton.
- ☐ Olen ollut itse aiemmin uneton.
- ☐ Olen nykyään uneton, ja minulla on ollut aiemminkin unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole itsellä unettomuuskokemusta, mutta lähipiirissäni on tai on ollut unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole henkilökohtaista unettomuuskokemusta itselläni eikä lähipiirissä.

## MELATONIINI

UNETON KÄSIKAUPPA-ASIAKKAANA- muistele todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa käsikauppuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman. Tässä tapauksessa unettomuuden taustalla ei ollut todennäköisesti fyysistä tai psyykkistä sairautta. Jos suosittelet hänelle käsikaupasta saatavaa melatoniinivalmistetta, mitä ohjeita annoit melatoniinin käyttämisestä? Valitse alla olevista vaihtoehdoista sopivin.

- ☐ En mitään.
- ☐ Sen, mitä pakkauksen päällä lukee - en muuta.
- ☐ En ole myynyt käsikauppuolella melatoniinia.
- ☐ Kerroin valmisteiden käyttämisestä seuraavaa:

Kerroin hänelle, että... (kirjoita alla olevaan ruutuun - se joustaa kirjoitustarpeesi mukaan)

Mitä muita, ei itse melatoniinivalmisteen liittyviä, unettomuuden hoito-ohjeita annoit tälle asiakkaalle?

## VALERIAANA

Muistele nyt vastaavasti sellaista tyypillistä tilannetta, jossa suosittelet työikäiselle unettomalla asiakkaallesi valeriaanavalmistetta. Myöskään tässä tapauksessa unettomuuden taustalla ei todennäköisesti ollut fyysistä tai psyykkistä sairautta. Mitä ohjeita annoit valeriaanavalmisteen käyttämisestä?

- En mitään.
- Sen, mitä pakkauksen päällä lukee - en muuta.
- En ole myynyt käsikauppuolella valeriaanavalmisteita.
- Kerroin valmisteen käyttämisestä seuraavaa:

Kerroin hänelle, että...

Mitä muita, ei itse valeriaanavalmisteseen liittyviä, unettomuuden hoito-ohjeita annoit tälle asiakkaalle?

Kumpaa valmistetta suosittelet mielummin työikäiselle unettomalle käsikauppa-asiakkaallesi?

- melatoniinivalmistetta
- valeriaanavalmistetta

Miksi juuri sitä?

Kiitos vastauksistasi!

## KOMMENTIT

Tässä tilaa Sinun omille kommenteille. Ole hyvä

..  
..

TIETOJEN LÄHETYS

Tallenna

Yhteystietoni [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

© Eduix Oy

## LIITE 4 TYÖIKÄISET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT - KYSELYLOMAKE

Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille – TYÖIKÄISET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT

*Arvoisa farmaseutti,*

Tässä väitöskirjaan liittyvässä tutkimuksen osassa on Sinua koskevien taustatietokysymysten lisäksi **yksi kysymys** koskien **unilääkkeiden käyttäjiä - olen kiinnostunut Sinun ajatuksistasi**. Vastaamiseen kannattaa varata aikaa noin **5 minuuttia**.

Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja ne tulevat vain tutkimusta tekevän jatkotutkinto-opiskelijan käyttöön. Tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena siten, että **vastaajia ei pysty tunnistamaan eikä yksilöimään**. **Vastausaika on 31.5. asti**. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa **sirpa.c.regina@helsinki.fi**.

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Sirpa Regina

sosiaalfarmasian jatkotutkinto-opiskelija

### TAUSTATIEDOT SINUSTA

1. Syntymävuosi\* \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli\*
  - ☐ nainen
  - ☐ mies
3. Siviilisääty\*
  - ☐ yksinasuja (sinkku, eronnut, leski)
  - ☐ avo/avioliitossa
4. Asuinmaakuntasi\* \_\_\_\_\_
5. Apteekki, jossa työskentelet sijaitsee\*
  - ☐ maaseudulla
  - ☐ maaseudunomaisessa pienessä kaupungissa
  - ☐ kaupungissa •

6. Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2012 tuhansien tai kymmenientuhansien tarkkuudella\* \_\_\_\_\_

7. Minä vuonna olet valmistunut farmaseutiksi? \* \_\_\_\_\_

## UNETTOMUUS

SEURAAVAT KOHDAT LIITTYVÄT UNETTOMUUTEEN. Tässä tutkimuksessa unettomuuden määritelmä on seuraavanlainen: vähintään 2 viikon ajan vähintään 3:na iltana viikossa henkilöllä on vaikeuksia nukahtaa, 1 tai useampi yöllinen herääminen, jonka jälkeen vaikeuksia nukahtaa uudelleen tai herääminen liian aikaisin, vaikka olisi mahdollisuus nukkua pidempään. Näiden lisäksi unettoman tulee seuraavana päivänä kokea edellä esitetyllä tavalla määritellyn unettomuuden vaikuttavan haitallisesti hänen elämäänsä.

8. Valitse sopivin unettomuuteen liittyvä vaihtoehto\*

- ☐ Olen itse nykyään uneton.
- ☐ Olen ollut itse aiemmin uneton.
- ☐ Olen nykyään uneton, ja minulla on ollut aiemminkin unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole itsellä unettomuuskokemusta, mutta lähipiirissäni on tai on ollut unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole henkilökohtaista unettomuuskokemusta itselläni eikä lähipiirissä.

9. MITÄ AJATUKSIA TYÖIKÄISET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT HERÄTTÄVÄT SINUSSA? Alla oleva tila joustaa kirjoitustarpeesi mukaan.\*

## KOMMENTIT

Tässä tilaa Sinun omille kommenteille. Ole hyvä

. . . .

## TIETOJEN LÄHETYS

Tallenna

Yhteystietoni [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

## LIITE 5 TSOPIKLONI-KYSELYLOMAKE

TSOPIKLONI – Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille

*Arvoisa farmaseutti,*

Tässä väitöskirjaan liittyvässä tutkimuksen osassa on Sinua koskevien taustatietokysymysten lisäksi **neljä kysymystä** koskien Zopinoxin/Imovanen toimittamista asiakkaalle - **olen kiinnostunut siitä, kuinka Sinä toimit.** Vastaukseen kannattaa varata aikaa noin **10 minuuttia**.

Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja ne tulevat vain tutkimusta tekevän jatkotutkinto-opiskelijan käyttöön. Tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena siten, että **vastaajia ei pysty tunnistamaan eikä yksilöimään.** **Vastausaikaa on 15.5.2013 asti.** Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa **sirpa.c.regina@helsinki.fi**.

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Sirpa Regina

sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija

### TAUSTATIEDOT SINUSTA

1. Syntymävuosi\* \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli\*
  - nainen
  - mies
3. Siviilisääty\*
  - yksinasuja (sinkku, eronnut, leski)
  - avo/avioliitossa
4. Asuinmaakuntasi\* \_\_\_\_\_
5. Apteekki, jossa työskentelet sijaitsee\*
  - maaseudulla
  - maaseudunomaisessa pienessä kaupungissa
  - kaupungissa •
6. Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2012 tuhansien tai kymmenientuhansien tarkkuudella\* \_\_\_\_\_

7. Minä vuonna olet valmistunut farmaseutiksi?\*

## UNETTOMUUS

SEURAAVAT KOHDAT LIITTYVÄT UNETTOMUUTEEN. Tässä tutkimuksessa unettomuuden määritelmä on seuraavanlainen: vähintään 2 viikon ajan vähintään 3:na iltana viikossa henkilöllä on vaikeuksia nukahtaa, 1 tai useampi yöllinen herääminen, jonka jälkeen vaikeuksia nukahtaa uudelleen tai herääminen liian aikaisin, vaikka olisi mahdollisuus nukkua pidempään. Näiden lisäksi unettoman tulee seuraavana päivänä kokea edellä esitetyllä tavalla määritellyn unettomuuden vaikuttavan haitallisesti hänen elämäänsä.

8. Valitse sopivin unettomuuteen liittyvä vaihtoehto\*

- Olen itse nykyään uneton.
- Olen ollut itse aiemmin uneton.
- Olen nykyään uneton, ja minulla on ollut aiemminkin unettomuutta.
- Minulla ei ole itsellä unettomuuskokemusta, mutta lähipiirissäni on tai on ollut unettomuutta.
- Minulla ei ole henkilökohtaista unettomuuskokemusta itselläni eikä lähipiirissä.

UNETON RESEPTIUNILÄÄKEASIAKKAANA - muistele todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa reseptipuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman, jolle lääkäri oli kirjoittanut Zopinox 7,5 mg 1x30 ohjeella: ½ – 1 tablettia tarvittaessa iltaisin lyhytaikaiseen unettomuuden hoitoon. Asiakas ei ollut aiemmin käyttänyt unilääkkeitä.

9. Mitä lääkkeeseen liittyviä ohjeita annoit hänelle?

10. Jos annoit niin, millaisia muita unettomuuden hoitoon liittyviä ohjeita annoit tälle asiakkaalle?

Seuraavaksi muistele sellaista todellista, tyypillistä tilannetta apteekissa reseptipuolella, jossa sait asiakkaaksesi työikäisen unettoman, jolle lääkäri oli uusiut kolmannen kerran Zopinox 7,5 mg 1x100 ohjeella: ½ – 1 tablettia tarvittaessa iltaisin unettomuuden hoitoon.

11. Mitä lääkkeeseen liittyviä ohjeita annoit tälle asiakkaalle?

12. Jos annoit niin, millaisia muita unettomuuden hoitoon liittyviä ohjeita annoit hänelle?

Kiitos vastauksistasi!

#### KOMMENTIT

Tässä tilaa Sinun omille kommenteille. Ole hyvä

. .  
. .

#### TIETOJEN LÄHETYS

Tallenna

Yhteystietoni [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

© Eduix Oy



## LIITE 6 UNILÄÄKKEEN ANNOSOHJEEN YLITTÄMINEN - KYSELYLOMAKE

UNILÄÄKKEEN ANNOSOHJEEN YLITTÄMINEN – Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille

*Arvoisa farmaseutti,*

Tässä väitöskirjaan liittyvässä tutkimuksen viimeisessä osassa on Sinua koskevien taustatietokysymysten lisäksi **kysymys unilääkkeen annosohjeen ylittamisestä - olen kiinnostunut siitä, kuinka Sinä toimit**. Vastaamiseen kannattaa varata aikaa noin **10 minuuttia**.

Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ja ne tulevat vain tutkimusta tekevän jatkotutkinto-opiskelijan käyttöön. Tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena siten, että **vastaajia ei pysty tunnistamaan eikä yksilöimään. Vastausaikaa on 19.5.2013 asti**. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa **sirpa.c.regina@helsinki.fi**.

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Sirpa Regina

sosiaalfarmasian jatkotutkinto-opiskelija

TAUSTATIEDOT SINUSTA

1. Syntymävuosi\* \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli\*
  - ☐ nainen
  - ☐ mies
3. Siviilisääty\*
  - ☐ yksinasuja (sinkku, eronnut, leski)
  - ☐ avo/avioliitossa
4. Asuinmaakuntasi\* \_\_\_\_\_
5. Apteekki, jossa työskentelet sijaitsee\*
  - ☐ maaseudulla
  - ☐ maaseudunomaisessa pienessä kaupungissa
  - ☐ kaupungissa •
6. Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2012 tuhansien tai kymmenientuhansien tarkkuudella\* \_\_\_\_\_

7. Minä vuonna olet valmistunut farmaseutiksi?\*

## UNETTOMUUS

SEURAAVAT KOHDAT LIITTYVÄT UNETTOMUUTEEN. Tässä tutkimuksessa unettomuuden määritelmä on seuraavanlainen: vähintään 2 viikon ajan vähintään 3:na iltana viikossa henkilöllä on vaikeuksia nukahtaa, 1 tai useampi yöllinen herääminen, jonka jälkeen vaikeuksia nukahtaa uudelleen tai herääminen liian aikaisin, vaikka olisi mahdollisuus nukkua pidempään. Näiden lisäksi unettoman tulee seuraavana päivänä kokea edellä esitetyllä tavalla määritellyn unettomuuden vaikuttavan haitallisesti hänen elämäänsä.

8. Valitse sopivin unettomuuteen liittyvä vaihtoehto\*

- ☐ Olen itse nykyään uneton.
- ☐ Olen ollut itse aiemmin uneton.
- ☐ Olen nykyään uneton, ja minulla on ollut aiemminkin unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole itsellä unettomuuskokemusta, mutta lähipiirissäni on tai on ollut unettomuutta.
- ☐ Minulla ei ole henkilökohtaista unettomuuskokemusta itselläni eikä lähipiirissä.

9. Muistele sellaista apteekissa omalle kohdalle sattunutta unilääkkeenkäyttäjän kohtaamista, jolloin asiakas tuli hakemaan uusitulla reseptillä (ei iteroitu) lisää nukahtamiseen tarkoitettua unilääkettä, vaikka annosohjeen mukaan kotona olisi pitänyt olla lääkettä jäljellä vielä todella moneksi kerraksi. Tämän työikäisen asiakkaan mukaan lääke oli loppu. Hän myönsi, että tabletteja oli tullut otettua enemmän kuin annosohjeessa lukee. Miten toimit tällaisessa tilanteessa?

Vastausruutu joustaa kirjoitustarpeesi mukaan.

--

10. Valitse sopivin vaihtoehto liittyen edelliseen tapaukseen.

- ☐ Noudatin apteekissa yhteisesti sovittua käytäntöä tai apteekin toimintaohjetta unilääkkeitä toimitettaessa, ja hyväksyn sen.
- ☐ Noudatin apteekissa yhteisesti sovittua käytäntöä tai apteekin toimintaohjetta unilääkkeitä toimitettaessa, mutta en täysin hyväksy sitä.
- ☐ Toimin itsenäisesti oman harkintani mukaan, sillä apteekissamme ei ole yhteisesti sovittuja käytäntöjä tai toimintaohjeita unilääkkeitä toimitettaessa.
- ☐ Toimin itsenäisesti oman harkintani mukaan, vaikka apteekissamme on yhteisesti sovitut käytännöt tai toimintaohjeet unilääkkeitä toimitettaessa.
- ☐ Ei mikään edellisistä, vaan...

Jos valitsit viimeisen vaihtoehdon, tähän tilaan voit kirjoittaa tarkennuksen.

#### 11. Arvioi seuraavia väittämiä

Olen apteekkimme ainut farmaseutti. (Jos valitsit Täysin samaa mieltä -vaihtoehdon, älä vastaa enää seuraaviin väittämiin.) Kiitos!

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Apteekkimme farmaseutit muodostavat tiiviin työyhteisön.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Tunnen kuuluvani työpaikkani farmaseuttien muodostamaan työyhteisöön - olen yksi sen jäsenistä ja tunnen kuuluvani siihen.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Tunnen itseni ulkopuoliseksi apteekkimme farmaseuttien joukossa.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

En itse halua kuulua farmaseuttien muodostamaan "tiimiin" - "käyn vain apteekissa töissä".

## Liitteet

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

## 12. LISÄKYSYMYS itsehoidosta

Kun kohtaat apteekin itsehoitopuolella asiakkaan, joka tarvitsee apua unettomuuteensa, jos hän ei itse oma-aloitteisesti kerro syytä unettomuutensa niin, kuinka usein tiedustelet sitä häneltä?

- aina
- jokseenkin aina
- satunnaisesti
- en juuri koskaan
- en koskaan

**Kiitos, että osallistuit tähän farmaseutteja koskevaan unettomuustutkimukseen - ikuistetaan toimintamme tieteellisesti!**

## KOMMENTIT

Tässä tilaa Sinun omille kommenteille. Ole hyvä

. . . .

## TIETOJEN LÄHETYS

Tallenna

Yhteystietoni [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

© Eduix Oy

## **LIITE 7 SAATEKIRJEET**

Esimerkkinä Suomen Farmasialiiton Tampereen jäsenyhdistys ry:n sähköpostilistalla maaliskuussa 2013 olleille farmasisteille lähetetyt saatekirjeet aikajärjestyksessä:

### **Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille - TYYPILLINEN TYÖIKÄINEN UNETON**

Hyvä kollega,

teen väitöskirjatutkimusta apteekin unettomista asiakkaista Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian osastolla. Tutkin muun muassa sitä, miten me apteekin ammattilaiset yksilöinä unettomat asiakkaat koemme, mitä me ajattelemme unilääkkeiden käyttäjistä, millaista lääkeneuvontamme on ja miten ratkaisemme ongelmatilanteita. Tulet saamaan sähköpostiisi 4-6 yksittäistä, lyhyttä kyselyä edellä luetelluista aiheista. Kyselyt on laadittu siten, että niihin kykenee vastaamaan 5-10 minuutissa.

Vastaaminen tapahtuu aina linkkien välityksellä. Näin säilytät nimettömyytesi ja voit vapaasti vastata tutkimuskyselyyni. Tämän lisäksi saat kyselyni jäsenyhdistyksen sähköpostilistan kautta, joten minulla ei ole tiedossa kuka vastaa ja mistä.

Kaikki vastaukset ovat tämän tutkimuksen kannalta arvokkaita. Voit siis vastata lyhyesti ja ytimekkäästi tai pidemmän kaavan mukaan - oman tyylisi ja mieltymyksesi mukaan.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi).

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Tässä on ensimmäisen kyselyn linkki. Ole hyvä!

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/41271/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Sirpa Regina  
sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija  
[sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

## **Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille - MELATONIINI JA VALERIAANA**

Hyvä kollega,

teen väitöskirjatutkimusta apteekin unettomista asiakkaista Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian osastolla. Tutkin muun muassa sitä, miten me apteekin ammattilaiset yksilöinä unettomat asiakkaat koemme, mitä me ajattelemme unilääkkeiden käyttäjistä, millaista lääkeneuvontamme on ja miten ratkaisemme ongelmatilanteita. Tulet saamaan sähköpostiisi 4-6 yksittäistä, lyhyttä kyselyä edellä luetelluista aiheista. Kyselyt on laadittu siten, että niihin kykenee vastaamaan 5-10 minuutissa.

Vastaaminen tapahtuu aina linkkien välityksellä. Näin säilytät nimettömyytesi ja voit vapaasti vastata tutkimuskyselyyni. Tämän lisäksi saat kyselyni jäsenyhdistyksen sähköpostilistan kautta, joten minulla ei ole tiedossa kuka vastaa ja mistä.

Kaikki vastaukset ovat tämän tutkimuksen kannalta arvokkaita. Voit siis vastata lyhyesti ja ytimekkäästi tai pidemmän kaavan mukaan - oman tyylini ja mieltymykseni mukaan.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi).

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Tässä kyselyni linkki - ole hyvä!

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/41492/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Sirpa Regina  
sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija  
[sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

## **TYÖIKÄISET UNILÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT - Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille**

Hyvä kollega,

teen väitöskirjatutkimusta apteekin unettomista asiakkaista Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian osastolla. Tutkin muun muassa sitä, miten me apteekin ammattilaiset yksilöinä unettomat asiakkaat koemme, mitä me ajattelemme unilääkkeiden käyttäjistä, millaista lääkeneuvontamme on ja miten ratkaisemme ongelmatilanteita. Tulet saamaan sähköpostiisi 4-6 yksittäistä, lyhyttä kyselyä edellä luetelluista aiheista. Kyselyt on laadittu siten, että niihin kykenee vastaamaan 5-10 minuutissa.

Vastaaminen tapahtuu aina linkkien välityksellä. Näin säilytät nimettömyytesi ja voit vapaasti vastata tutkimuskyselyyni. Tämän lisäksi saat kyselyni jäsenyhdistyksen sähköpostilistan kautta, joten minulla ei ole tiedossa kuka vastaa ja mistä.

Kaikki vastaukset ovat tämän tutkimuksen kannalta arvokkaita. Voit siis vastata lyhyesti ja ytimekkäästi tai pidemmän kaavan mukaan - oman tyylini ja mieltymykseni mukaan.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi).

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Tässä linkki kolmanteen kyselyyn. Ole hyvä!

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/41491/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Sirpa Regina  
sosiaalifarmasian jatkotutkinto-opiskelija

## **TSOPIKLONI - Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille**

Hyvä kollega,

teen väitöskirjatutkimusta apteekin unettomista asiakkaista Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian osastolla. Tutkin muun muassa sitä, miten me apteekin ammattilaiset yksilöinä unettomat asiakkaat koemme, mitä me ajattelemme unilääkkeiden käyttäjästä, millaista lääkeneuvontamme on ja miten ratkaisemme ongelmatilanteita. Tulet saamaan sähköpostiisi 4-6 yksittäistä, lyhyttä kyselyä edellä luetelluista aiheista. Kyselyt on laadittu siten, että niihin kykenee vastaamaan 5-10 minuutissa. Vastaaminen tapahtuu aina linkkien välityksellä. Näin säilytät nimettömyytesi ja voit vapaasti vastata tutkimuskyselyyni. Tämän lisäksi saat kyselyni jäsenyhdistyksen sähköpostilistan kautta, joten minulla ei ole tiedossa, kuka vastaa ja mistä.

Kaikki vastaukset ovat tämän tutkimuksen kannalta arvokkaita. Voit siis vastata lyhyesti ja ytimekkäästi tai pidemmän kaavan mukaan - oman tyylini ja mieltymykseni mukaan.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin osoitteessa [sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi).

Kiitos jo etukäteen käyttämästäsi ajasta ja vastauksistasi

Tässä linkki kyselyni neljänteen osaan - ole hyvä!

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/41493/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Sirpa Regina  
sosiaalfarmasian jatkotutkinto-opiskelija  
[sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)

### **UNILÄÄKKEEN ANNOSOHJEEN YLITTÄMINEN - Tutkimuskysely apteekkifarmaseuteille**

Hyvät kollegat,

nyt on vuorossa unettomuuskyselytutkimuksen viimeinen osa. Tässä viimeisessä kyselyssä olen kiinnostunut siitä, miten Sinä toimit tilanteessa, jossa unilääkettä reseptillä hakeva asiakas on käyttänyt lääkettään enemmän kuin ohjeessa lukee. Pääset vastaamaan kyselyyn alla olevan linkin välityksellä.

Kaikkiin neljään lähettämäni kyselyyn olen saanut kiitettävästi vastauksia. Kiitos kaikille vastanneille ja erityiskiitos Pohjois-Pohjanmaalle, josta on tullut vastauksia niin suhteellisesti kuin absoluuttisestikin eniten.

Jos et ole vielä vastannut ZOPIKLONI-kyselyyn, ehdit vielä, sillä lomake sulkeutuu vasta 1.5. - kaipaam lisää vastauksia juuri tähän kyselyyn.

Kyselyiden vastauksia alan analysoida tarkemmin kesälomallani syys-lokakuussa, ja julkaistavaa toivon olevan noin vuoden päästä.

Kiitos vielä kaikille osallistuneille!

Tässä siis linkki viimeiseen kyselyyn - ole hyvä!

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/41494/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Sirpa Regina  
sosiaalfarmasian jatko-opiskelija  
[sirpa.c.regina@helsinki.fi](mailto:sirpa.c.regina@helsinki.fi)